În amintirea soţiei mele Herta cu care am plănuit, am scris şi am trăit această carte.

Pentru nepoţii mei Sandra-Maria şi Matei-Felix

Cartea este întocmită pentru a fi utilă (consultată) nu dintr-odată, ci în funcţie de vârsta şi problemele copilului Aşa se explică unele

repetiţii şi sublinieri

„Mama şi copilul” este cea mai apreciată carte românească despre dezvoltarea, îngrijirea, alimentaţia şi educaţia copilului

Nota autorului

Faţă de ediţiile anterioare să adăugat capitolul 8. Să se prevină! Este cel mai bine.

Copilul are nevoie de dragoste. Relaţia mamă-copil-tată Examene preventive. Orice copil are nevoie de medic Vaccinările

Creştere. Dezvoltare. Evaluări Câteva sublinieri despre alimentaţie Profilaxia rahitismului Prevenirea anemiilor carenţiale

Aprecierea dezvoltării neuropsihice la copilul între o şi 3 ani

SUMAR

1. SARCINA ŞI NAŞTEREA

1.1. În aşteptarea unui copil.

1.1.1. Precauţii pentru un copil sănătos

1.1.2. Alimentaţia gravidei. Să mănânce pentru doi?

1.1.3. Curăţenia şi îngrijirea corpului

1.1.4. Mici probleme de sănătate

1.1.5. Igiena psihică;

1.1.6. Câteva indicaţii generale

1.1.7. Gimnastica gravidei;

1.2. Îngrijiri în maternitate

1.2.1. Atitudinea mamei şi a tatălui faţă de naşterea copilului

1.2.2. Ce trebuie să se ştie despre nou-născut

1.2.2.1. Nou-născutul sănătos

1.2.2.2. Prematurul.

1.2.2.3. Dismaturul

1.2.3. Îngrijirile nou-născutului în maternitate
1.2.4. Incidenţe fiziologice
1.2.5. Alimentaţia
1.3. Lăuzia
1.3.1. Modificările corpului
1.3.2. După revenirea acasă
1.3.3. Gimnastica lăuzei
1.3.4. Măsuri anticoncepţionale după naştere
2. NOU-NĂSCUTUL (0 – 28 ZILE)
2.1.Instalarea copilului în familie
2.1.1. Cadrul vieţii
2.1.1.1. Camera copilului
2.1.1.2. Îmbrăcămintea (trusoul, laieta)
2.1.13. Purtarea în braţe
2.2. Îngrijirile nou-născutului în familie.
2.2.1. Revenirea în familie
2.3. Nou-născutul normal
2.3.1. Primul examen medical
2.3.2. Dezvoltarea fizică
2.3.3. Greutatea…
2.3.4. Talia …
2.3.5. Perimetre.
2.3.6. Pielea:
2.3.7. Craniul
23.7.1. Bosa serosanguină…
23.7.2. Cefalhematomul
2.3.8. Faţa. Ochii. u.).
2.3.9. Gura
2.3.10. Urechile
2.3.11. Gâtul.
2.3.12. Toracele
2.3.13. Abdomenul
2.3.14. Organele genitale

2.3.15. Membrele
2.3.15.1. Luxaţia congenitală de şold.
2.3.16. Boli metabolice
2.3.17. Evaluarea stării de sănătate
2.3.18. Dezvoltarea psihomotorie
2.4. Îngrijirea pielii şi anexelor unghii)
2.4.1. Obiecte necesare
2.4.2. Mijloace de îngrijire. Cosmetice
2.43. Spălatul
2.4.4. Baia generală zilnică
2.4.5. Scutecele
2.4.6. Alte obiecte din trusoul sugarului
2.4.7. Schimbatul scutecelor
2.4.8. Pentru îmbrăcat
2.4.9. Pentru dormit
2.4.10. Întreţinerea scutecelor
2.5. ***Alimentaţia***
2.5.1. Alimentaţia maternă (la sân, naturală)
2.5.1.1. Tehnica alăptării
2.5.1.2. Orarul meselor…
2.5.13. Raţia alimentară în prima lună
2.5.1.4. Dificultăţi de alăptare din partea mamei
2.5.1.5. Dificultăţi de alăptare din partea sugarului
2.5.1.6. Contraindicaţiile alimentaţiei la sân.
2.5.2. Regimul de viaţă şi alimentaţia mamei
2.53. Alimentaţia zisă „artificială” cu lapte de vacă…
2.53.1. Fierberea laptelui
2.53.2. Obiecte necesare în alimentaţia artificială.
2.5.33. Consideraţii generale asupra

alimentaţiei artificiale
3. SUGARUL (DE LA 1 LUNĂ LA 12 LUNI)
3.1. De la 1 la 2 luni
3.2. De la 2 la 3 luni…
3.3. De la 3 la 4 luni
3.4. De la 4 la 5 luni
3.5. De la 5 la 6 luni
3.6. De la 6 la 7 luni
3.7. De la 7 la 8 luni
3.8. De la 8 la 9 luni
3.9. De. la 9 la10 luni
3.10. De la 10 la 11 luni
3.11. De la 11 la 12 luni
3.12. Gimnastica sugarului
3.13. Jocul şi jucăriile
4. COPILUL DE LA 1 LA 6ANI
4.1. Copilul mic (1 – 3 ani)
4.1.1. Relaţiile dintre părinţi şi copii
4.1.2. Dezvoltarea fizică (creşterea)
4.1.3. Dezvoltarea psihomotorie
4.13.1. Motricitatea generală şi fină
4.13.2. Dezvoltarea psihică
4.1.4. Comportamentul:
4.1.5. Limbajul şi sensibilitatea normale între 1 şi 3 ani.
4.1.6. Alimentaţia
4.1.7. Supraveghere şi îngrijiri
4.1.8. Îngrijirea în creşă
4.1.9. Controlul sfincterelor
4.2. Preşcolarul (3 – 6 ani)
4.2.1. Creşterea greutăţii, taliei şi perimetrului toracic
4.2.2. Dezvoltarea psihică şi socială. Limbajul

4.2.3. Alimentaţia
4.2.4. Probleme de somn
4.2.5. Îngrijiri, deprinderi, performanţe
4.2.6. Sportul
4.2.7. Mici probleme de educaţie
5. REŢETE CULINARE
5.7. Produse industriale pentru alimentaţia sugarului.
5.2. Reţete pentru sugar
5.3. Reţete pentru copilul mai mare
6. ŞCOLARUL MIC. ADOLESCENTUL
6.7. Şcolarul mic
6.1.1. Părinţii faţă în faţă cu şcolarul mic
6.2. Adolescentul
6.2.1. Dezvoltarea fizică
6.2.2. Dezvoltarea psihosocială
6.2.3. Alegerea profesiei
6.2.4. Dezvoltarea funcţiei de cunoaştere (cognitivă)
6.2.5. Dezvoltarea morală
6.3. Alimentaţia (şcolar mic, adolescent)
6.4. Îngrijiri
6.5. Aer, soare, sport
6.6. Sexualitatea la copil
7. COPILUL BOLNAV
7.7. Îngrijirea copilului bolnav în familie
7.2. Rolul părinţilor ca ajutoare ale medicului
7.3. Elemente de apreciere a stării de boală
7.4. Informaţii ce trebuie furnizate medicului
7.4.1. Examenul medical la domiciliu
7.4.2. Câteva reguli de bază pentru îngrijirea copilului la domiciliu
7.4.3. Regimul alimentar al copilului bolnav

7.5. Boli contagioase 7.5.1. Rujeola (pojar, cori)
7.5.2. Rubeola (pojărelul)
7.5.3. Varicela (vărsatul de vânt)
7.5.4. Scarlatina
7.5.5. Tusea convulsivă (tusea măgărească)
7.5.6. Creionul (parotidita epidemică sau infecţia urliană)
7.5.7. Hepatitele virale
7.5.8 Tuberculoza
7.5.9. Gripa
7.6. Boala diareică acută
7.6.1. Supravegherea unui copil cu diaree
7.7. Boli ale aparatului respirator
7.7.1. Răceala
7.7.2. Rinofaringita acută
7.7.3. Anginele acute (amigdalitele acute)
7.7.4. Hipertrofia amigdalelor şi vegetaţiilor adenoide
7.7.5. Vegetaţiile adenoide
7.7.6. Otitele
7.7.7. Laringita acută
7.7.8. Bronşita acută
7.7.9. Pneumonia
7.7.10. Alergia respiratorie
7.7.11. Astmul bronşic
7.7.12. Bronşiolita
7.8. Boli ale pielii şi mucoaselor 7.9.Obezitatea
7.10. Convulsiile
7.11. Accidente şi intoxicaţii
8. SĂ SE PREVINĂ! ESTE CEL MAI BINE
8.1. Copilul are nevoie de dragoste. Relaţia

copil-tată 8.1.1. Medicul de familie şi/sau pediatrul
8.2. Examene preventive
8.2.1. Examenul nou-născutului în maternitate
8.2.2. Examenul clinic în perioada de nou născut în familie
8.2.3. Examenul clinic la vârsta de o lună
8.2.4. Examenul clinic la vârsta de 2 luni
8.2.5. Examenul clinic la vârsta de 4 luni
8.2.6. Examenul clinic la vârsta de 6 luni
8.2.7. Examenul clinic la vârsta de 9 luni
8.2.8. Examenul clinic la vârsta de un an
8.3. Vaccinările
8.3.1 Vaccinul BCG sau vaccinul contra tuberculozei
8.3.2. Difterie, tuse convulsivă (vaccinul DTP)
8.3.3. Tetanus
8.3.4. Poliomielita (paralizia infantilă)
8.3.5. Haemophilus influenzae tip b
8.3.6. Vaccinul antirujeolos
8.3.7. Vaccinul contra hepatitei B
8.4. Creştere. Dezvoltare. Evaluări
8.4.1. Dezvoltarea somatică (corporală fizica).
8.4.2. Curbele de creştere
8.5. Câteva sublinieri despre alimentaţie
8.5.1. Primele 4 luni: perioada laptelui
8.5.2. Din a 5-a lună: diversificarea
8.5.3. Grupe de alimente
8.5.4. Reguli de alimentaţie
8.5.5. Repartizarea meselor principale şi gustărilor
8.6. Profilaxia rahitismului
8.6.1. Medicamente

8.6.2. Prevenirea anemiei carenţiale feriprive.
8.6.3. Tratamentul profilactic din timpul sarcinii, la mamă
8.7. Aprecierea dezvoltării neuropsihice la copilul între o şi 3 ani.
9. BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ **1**

1.

SARCINA ŞI NAŞTEREA

1.1. În aşteptarea unui copil

1.1.1. Precauţii pentru un copil sănătos

Când părinţii doresc un copil, ei trebuie să-şi plănuiască o sarcină, luând precauţiile pentru asigurarea unei naşteri normale. Sarcina, naşterea şi unele complicaţii modifică total viaţa de familie. Dacă se hotărăsc să aducă pe lume o nouă vietate, ei sunt datori să ofere cele mai bune şanse pentru o dezvoltare psihică şi corporală cât mai bună, în această hotărâre îşi au locul, pe lângă starea de sănătate a celor doi parteneri, toate problemele de relaţii familiale în cadrul căsătoriei (legitimitate, armonie, meserie, resurse financiare). Un rol esenţial îl are ***dorinţa ambilor părinţi de a avea copii.*** Copilul nu constituie o soluţie de rezolvare a unor situaţii grele ci, dimpotrivă, eforturi şi complicaţii. Copilul are dreptul necondiţionat la dragoste şi la asigurarea îngrijirilor din partea ambilor părinţi.

Starea de sănătate. Mai întâi, părinţii trebuie să-şi stabilească în mod precis starea de sănătate. Femeia este bine să aibă sub 35 de ani, iar partenerul său să nu fie prea „înaintat” în vârstă. Peste vârsta de 40 de ani este necesar un „consult (sfat) genetic”. Medicul de familie va face un examen clinic general pentru a depista unele

„supărări” ale sănătăţii care pot determina riscuri cu urmări asupra sarcinii şi naşterii. Mama va mărturisi medicului dacă are unele tulburări ca, de exemplu, dureri de cap, tulburări de somn, probleme digestive, nervozitate, hemoroizi, varice etc. Neapărat trebuie declarate infecţiile vezicale sau urinare, hiper sau hipotensiunea arterială, migrena, anemia ori alte dereglări ale sănătăţii. De asemenea, unele boli cronice pot avea urmări asupra copilului: hepatita B, hepatita C, boala SIDA, diabetul, astmul, hipertensiunea arterială, bolile de inimă, de rinichi sau de tiroidă, în sfârşit, medicul trebuie să ştie dacă mama obişnuieşte să consume unele medicamente. Operaţiile chirurgicale absolut necesare şi investigaţiile radiologice se vor face numai cu avizul medicului obstetrician. Când mama nu este sigură dacă a suferit de rubeolă, va fi testată şi dacă rezultatul este negativ se va efectua o vaccinare antirubeolică, în primele luni de sarcină marea majoritate a vaccinărilor pot avea urmări nefaste asupra fătului. Să nu se uite un control stomatologic. Medicul obstetrician va trata cu minuţiozitate bolile căilor genitale: infecţii sau infestări cu ciuperci ***(Trichomonas*** etc.). ***Folosirea mijloacelor anticoncepţionale.*** Cu 3 luni înainte de sarcină se recomandă să nu se mai folosească metodele anticoncepţionale (pilula, steriletul). Nu apar malformaţii la făt prin folosirea de hormoni care împiedică ovulaţia sau de sterilele. La unele femei se observă însă o prelungire a ciclului menstrual prin folosirea îndelungată a pilulelor anticoncepţionale. Ca

urmare, la astfel de gravide, nu se poate face un calcul precis al termenului naşterii. Folosirea steriletului nu are nicio influenţă asupra metabolismului hormonal, dar, uneori, pot apărea modificări inflamatorii ale uterului, în cazuri rare, folosirea steriletului poate duce la riscul unei sarcini extrauterine (sarcină în afara uterului). De aceea, gravidele respective sunt datoare să se supună unui examen ginecologic temeinic.

Cu ajutorul metodei de control a temperaturii (după renunţarea la pilulă) femeia poate urmări evoluţia ciclului menstrual, respectiv când a avut loc împerecherea spermatozoidului cu ovulul. Testele şi metodele de computerizare nu sunt la îndemâna oricui.

1. ***Modul de viaţă*** are o mare importanţă pentru desfăşurarea armonioasă a sarcinii şi a naşteri unui copil sănătos Acceptarea examenelor medicale repetate şi alimentaţia corectă sunt de mare importanţă. Cântărirea se face periodic; plusul ponderal trebuie redus. Alcoolul şi nicotină nu sunt lipsite de pericol. La femeile fumătoare înveterate trebuie realizat un consum redus la cel mult 5 ţigări pe zi, dacă nu se poate suprima total aşa cum ar fi ideal. Cele care sunt obişnuite cu unele medicamente (de somn, de linişte etc.) trebuie să renunţe la folosirea lor. Nu se vor folosi laxative şi purgative.

Pentru menţinerea frumuseţii corporale, gravida se va mişca mult în aer liber. Pentru cele care fac sport, practicarea în continuare se va face numai cu avizul şi sub observaţia medicului obstetrician.

Dacă se vor pune în practică cele enunţate mai sus, mama va oferi copilului un start bun în viaţă.

2. ***Eliminarea riscurilor – sfatul genetic.*** Când părinţii se hotărăsc să aibă un copil, trebuie să cunoască dacă nu au balastul unei boli ereditare (moştenite). Dacă în familie există handicapuri sufleteşti sau corporale, malformaţii, avorturi şi nou-născuţi morţi, părinţii sunt datori să se întrebe dacă sunt apţi pentru a concepe şi creşte un copil. Dacă sunt şanse de a naşte un copil bolnav, este mai bine să se renunţe!

De asemenea, dacă sarcina a survenit relativ târziu, cu sau fără avorturi spontane, la o vârstă relativ întârziată mai ales a mamei, se poate întâmpla să se nască un copil cu probleme. În astfel de cazuri este absolut necesar un sfat genetic, pentru a înlătura teama şi nesiguranţa. ***Cabinetele de genetică*** au luat fiinţă în oraşe mari în Institute pentru ocrotirea mamei şi copilului, în Clinicile universitare (copii şi maternităţi) şi pe alocuri în cadrul unor fundaţii sau cabinete particulare. Se începe cu consultarea unui obstetrician care pe lângă un examen amănunţit, tratează afecţiunile ocazionale ce ar putea avea urmări asupra produsului de concepţie.

Scopul cabinetelor de genetică medicală este de a lămuri pe părinţi asupra pericolelor ce le implică bolile de cauză genetică. Pentru unele boli genetice, malformaţii şi anomalii cromozomice sunt la îndemână teoriile lui Mendel; la altele se cunoaşte handicapul în funcţie de repetarea

cazurilor. Multe boli sunt diagnosticate azi înainte de naştere prin unele metode modeme (chorionbiopsia, ultrasunete, amniocenteza, fetoscopia). Unele defecte survin chiar în momentul fecundaţiei, altele în decursul dezvoltării embrionare; altele vor apărea în urma acţiunii nocive ale unor factori din mediul extern (boli, medicamente, substanţe toxice, radiaţii etc.). În cele mai multe cazuri, teama părinţilor este nejustificată şi consultul genetic îi face să nu mai aibă griji, în cazuri rare, când survine acţiunea unui factor nociv din afară, medicul este obligat să recomande întreruperea sarcinii.

Decizia de a avea un copil, de a menţine sau întrerupe sarcina rămâne a părinţilor. Ei hotărăsc dacă se întrerupe sarcina sau de a o păstra cu riscul de a avea un copil handicapat, cu consecinţele

A

corespunzătoare. În ultima situaţie se va consulta medicul asupra posibilităţilor terapeutice de tratament şi vindecare. Trebuie ştiut că progresele medicale actuale nu sau îmbunătăţit prea mult în ce priveşte tratamentul bolilor genetice.

De obicei, sfatul genetic constă într-o convorbire amănunţită cu medicul de familie, cu obstetricianul sau cu geneticianul. De bază este întocmirea unei anamneze cu schiţarea unui arbore genealogic, cu toate informaţiile despre sex, vârstă, numărul copiilor, bolile mai frecvente, urgenţe medicale, vârsta şi cauza deceselor atât în familia bărbatului, cât şi a femeii, în alte cazuri

sunt necesare examene temeinice ale cuplului, cât şi unele teste de laborator. Uneori, pentru a se da un răspuns corect, se impune efectuarea unor examene de laborator. Când toate investigaţiile de laborator şi examenele medicale sunt normale, este foarte probabil ca produsul de con cepie să fie sănătos.

În caz că sarcina sa constituit cu ajutorul unor metode de diagnostic există posibilitatea (parţială) de a diagnostica un număr de boli moştenite, anomalii cromozomice, malformaţii sau tulburări metabolice. Consultul genetic nu oferă un diagnostic prenatal pentru garantarea unui copil complet sănătos. Naşterea unui copil este totdeauna un risc pentru o tulburare vizibilă sau ascunsă (aşa-numitul risc de bază), împotriva neprevăzutelor vieţii nimic nu este sigur. Acţiunea nocivă a unei infecţii cu virusuri, încărcătura cu radiaţii sau consumul unor medicamente în primele săptămâni de sarcină trebuie cunoscute.

În următoarele cazuri se recomandă consultul (sfatul) genetic:

– Bărbatul şi femeia sunt rude de sânge;

– Unul din parteneri suferă de o boală condiţionată genetic de o leziune corporală;

– Să născut un copil cu un handicap;

În familie se manifestă boli moştenite;

– Femeia a avut mai multe avorturi spontane neclarificate sau naşteri de copii morţi;

– Femeia sau partenerul în momentul fecundării au fost expuşi unei influenţe nocive ca: medicamente (de exemplu, toate medicamentele citostatice – împotriva cancerului), o doză mare de

radiaţii ori substanţe otrăvitoare;

– Când femeia are peste 35 de ani, deoarece la vârsta înaintată a mamei există riscul unei tulburări cromozomice, îndeosebi trisomia (sindromul Down).

3. ***Teste de depistare precoce a sarcinii.*** Când nu apare sângerarea lunară, orice femeie se întreabă: „sunt sau nu însărcinată?”. Uneori menstruaţia întârzie. Dintre cauzele care determină astfel de dereglări amintim: o călătorie, modificarea climei, solicitările psihice (supărări, emoţii, examene), folosirea anticoncepţionalelor, unele îmbolnăviri. Fie că doreşte un copil, fie că se teme de o sarcină fără voie, femeia respectivă trebuie să primească repede şi sigur un răspuns la această întrebare.

Testul se bazează pe principiul că în urină există un hormon care dă o reacţie specifică. Acest hormon se numeşte ***choriongonadotropina umană*** şi are o importanţă mare în dezvoltarea placentei. Acest test este pozitiv în 90 – 99%. Un rezultat negativ nu înseamnă neapărat că persoana respectivă nu este însărcinată. De aceea multe firme de medicamente vând preparatul în două doze pentru a putea fi repetat după o săptămână. Un rezultat falspozitiv poate fi dat şi de alte influenţe cum ar fi: prezenţa albuminei în urină din unele boli renale.

În concluzie, orice femeie trebuie să consulte un obstetrician sau medicul de familie în caz că menstruaţia întârzie peste 2 săptămâni. Este important ca gravida să noteze data precisă a ultimei menstruaţii pentru calculul corect al

termenului naşterii. Odată cu confirmarea termenului naşterii medicul obstetrician va face un examen medical amănunţit pentru a cunoaşte starea generală a sănătăţii gravidei. Un medic bun va rezerva mult timp pentru o convorbire amănunţită asupra tuturor problemelor.

Medicul trebuie să cunoască bine viaţa personală, bolile moştenite şi operaţiile din trecutul şi prezentul gravidei. De un interes deosebit sunt evoluţiile sarcinilor anterioare. El va nota data primei zile a ultimei menstruaţii şi informaţiile furnizate de mamă despre lungimea ciclului menstrual şi va calcula termenul naşterii.

4. ***Investigaţii.*** La primul examen şi la următoarele consultaţii de rutină sunt prevăzute următoarele investigaţii:

– Determinarea grupului sanguin şi al factorului Rhesus (RJH) al celor doi parteneri.

– Titrul anticorpilor formaţi – dacă a avut sau nu rubeolă? Hemograma pentru a stabili o eventuală anemie. Creşterea greutăţii în timpul sarcinii.

Măsurarea tensiunii arteriale.

– Controlul urinei (sumar de urină), albuminurii (boală de rinichi), unei glicozurii (diabet). În caz de suspiciune de infecţie urinară, se va efectua o urocultură.

– Medicul va controla picioarele gravidei pentru a depista edemele (umflarea membrelor inferioare prin acumularea de apă în ţesuturi) şi varicele.

– Apoi va pipăi abdomenul pentru a urmări dezvoltarea uterului, va asculta bătăile inimii

fătului, iar în ultimele săptămâni de sarcină va stabili poziţia copilului. Pe lângă aceste examene de rutină, în ultimul timp se recomandă cel puţin două examene cu ultrasunete (ecografia).

– La sarcinile cu risc crescut se impune o supraveghere şi o mai mare atenţie, adăugându-se alte metode de examen, cum sunt: cardiotocografia, amniocenteza (puncţia pungii amniotice), amnioscopia (examenul lichidului amniotic) şi analize hormonale.

Toate acestea se trec în carnetul de sănătate al gravidei, în caz de călătorii sau de schimbare de domiciliu carnetul de sănătate oferă cele mai importante informaţii despre evoluţia sarcinii, în caz de urgenţă, cu ajutorul carnetului de gravidă, medicul va fi lămurit imediat despre stadiul sarcinii şi va putea ajuta cu succes pe copil.

1.1.2. Alimentaţia gravidei. Să mănânce pentru doi?

Dezvoltarea normală a fătului în uter depinde în mare măsură de o comportare corectă a gravidei şi, îndeosebi, de alimentaţie. Viitoarea mamă nu trebuie să-şi modifice, în general, modul de viaţă şi nici să mănânce pentru doi. Gravida trebuie să mănânce după cum îi este poftă. Comportamentul alimentar şi modul de viaţă sunt fixate în funcţie de nevoile neobişnuite ale corpului. Gravidele pot să aibă unele pofte acute pentru anumite mâncăruri, pentru dulciuri, altele pentru acrituri. Indiferent de aceste pofte, gravida va avea grijă să consume alimente cu multă valoare nutritivă.

Cantitatea de alimente, respectiv nevoile

calorice sunt puţin crescute. O femeie sănătoasă, fără a fi gravidă are nevoie zilnic de 2.200 kilocalorii sau 9.200 kilojoule. Această raţie nu se modifică în primele

4 luni de sarcină. După a 4-a lună este necesar un surplus de 300 kilocalorii (1.250 kilojoule), respectiv nevoile totale cresc la 2.500 kilocalorii (10.450 kilojoule). Este important ca pe lângă aportul de calorii, să se controleze conţinutul în substanţe nutritive. Proteinele, grăsimile, hidrocarbonatele, vitaminele, mineralele şi lichidele trebuie să fie în cantitate precisă şi în anumite proporţii, deoarece în caz contrar ele determină anumite tulburări cu urmări asupra dezvoltării copilului. ***Proteinele*** constituie cea mai importantă substanţă de creştere pentru corpul uman şi îndeosebi pentru organismul în creştere al copilului. Proteinele constau din aşa-numiţii aminoacizi, care rezultă în urma digestiei proteinelor animale şi vegetale. Anumiţi aminoacizi sunt absolut necesari pentru creşterea şi sănătatea generală a organismului: o parte din acizi se numesc esenţiali. Dacă lipseşte numai unul din acizii esenţiali, apar tulburări în formarea proteinelor corpului. Proteinele de origine animală conţin aceşti importanţi aminoacizi, în timp ce cele din plante nul conţin decât parţial.

Cantitatea necesară de proteine la femeie este de 45 g/zi. ***În sarcină nevoile cresc după a 4-a lună la 75 g/zi, din care trei pătrimi trebuie să fie de origine animală (carne, lapte şi derivate, peşte, ouă).*** Plantele care conţin

proteine sunt leguminoasele (fasole, soia, mazărea, lintea), cerealele (ovăzul, porumbul, orezul necorticat), pâinea integrală, cartofii, nucile şi drojdia. Alimentele cu proteine vegetale trebuie consumate împreună cu proteine de origine animală. Practic, necesarul zilnic de proteine se asigură prin consumul a 125 – 150 g carne, un ou şi 500 ml lapte sau produse lactate (iaurt, brânză). Se vor evita brânzeturile grase sau sărate (telemea de oi, brânză de burduf etc.). Se va prefera carnea slabă (găină, pui, curcan, mânzat, oaie, porc), evitându-se carnea grasă şi preparatele condimentate din carne. Carnea şi ouăle sunt sursele cele mai bogate în proteine şi fier, practic egale ca valoare, în caz că gravida nu prezintă alergie la ouă şi nu are o creştere a colesterolului, va mânca – 6 ouă pe săptămână. Lactatele conţin predominant proteine şi calciu.

Deşi cu valoare biologică mai mică, proteinele de origine vegetală trebuie să fie şi ele în alimentaţia gravidei, în natură proteinele vegetale se găsesc în asociere cu vitaminele, substanţele minerale şi fibre vegetale, care sunt de importanţă deosebită pentru organismul femeii însărcinate. ***Grăsimile*** sunt, în primul rând, furnizoare de energie, în general, se consumă mai multe grăsimi decât este necesar (cca. 130 g), ceea ce duce la îngroşarea ţesutului grăsos. Procentul necesar de grăsimi înainte şi în timpul sarcinii este egal, respectiv 25 – 30 procente din totalul alimentelor energetice. Femeia neînsărcinată şi gravida în primele patru luni de sarcină au nevoie de cel mult 70 g de grăsimi/zi, iar după a 4-a lună cca. 80

g. Alimentele cu grăsime în cantitate mare sunt: untul, uleiul, slănina, smântână, frişca. O mare parte din grăsimi sunt conţinute în alte alimente (aşa-zisele grăsimi „invizibile”): carnea grasă, unii peşti (heringii, crapul, somnul, ţiparu), salamul, şunca; unele brânzeturi (telemea de oi sau bivoliţă, unele sorturi de caşcaval), smântână, maioneza, cremele pentru torturi şi prăjituri, tocăturile cu grăsimi, cartofii prăjiţi, ciocolata, nucile, îngheţata. Cea mai mare proporţie de grăsimi se găseşte în slănină, untură, unt, ulei, costiţă afumată. Se evită, pe lângă excesul de alimente cu conţinut mare de grăsimi, şi carnea friptă în untură, cartofii prăjiţi. Se preferă carnea slabă (vacă, viţel, găină), peştele slab (ştiuca, şalăul, păstrăvul), salamurile slabe, brânzeturile d eg re sate (20 – 30 procente grăsimi în masa închegată), laptele degresat (lapte normalizat cu 18 – 20% grăsimi), brânza de vaci degresată, iaurtul din lapte degresat, laptele acru (zerul, kefirul). De asemenea, gălbenuşul de ou are multă grăsime. Friptura este bine să se pregătească pe grătar, în oala de presiune, în grill.

În acelaşi timp grăsimile sunt compuse din „pietre de construcţie”. Acestea constau din aşa-zişii ***graşi esenţiali*** (de exemplu acidul linoleic), de importanţă vitală pentru organism, în special sunt foarte preţioase în alimentaţie grăsimile cu ***punct de topire coborât*** (ulei), deoarece sunt uşor digerabile şi au conţinut crescut în vitamine şi acizi graşi nesaturaţi. Dintre acestea cel mai bogat este uleiul de floarea-soarelui, urmat de uleiul de porumb, de germeni de cereale, de soia

şi de dovleac. Pentru gătit, prăjit şi salate se va folosi numai uleiul de plante. Grăsimile animale conţin o mare cantitate de acizi graşi saturaţi, neindispensabili şi mai greu digerabili de organismul uman. Grăsimile de vacă, oaie şi porc sunt mai puţin valoroase pentru alimentaţie, ele servind pentru organism numai ca sursă de energie. ***Hidrocarbonatele (glucidele).*** În acest grup sunt cuprinse diverse dulciuri, amidonul din tot felul de plante şi animale, ca şi celuloza care constituie substanţa de susţinere a plantelor. De asemenea, ele constituie „pietrele de construcţie” ca zaharuri simple (monozaharide) în diferite structuri ale organismului. Corpul le foloseşte numai sub forma cea mai simplă de hidrocarbonate (glucoză, fructoză şi galactoză) intrând în compoziţia sângelui. Hidrocarbonatele din alimentaţie se găsesc sub formă de dizaharide, oligozaharide sau/şi polizaharide şi prin digestie sunt transformate în monozaharide. Celuloza este necesară reglării activităţii tubului digestiv.

Hidraţii de carbon sunt deţinătorii cei mai importanţi ai energiei necesare activităţii musculare. 350 g de hidrocarbonate acoperă circa jumătate din nevoile calorice zilnice, în sarcină trebuie consumat cu cca. 20 g mai mult. Excesul de hidrocarbonate se transformă în organism în grăsimi şi sunt acumulate sub această formă în corpul uman. Consumul crescut de dulciuri favorizează cariile dentare (se ştie că gravida este predispusă la carii). Hidrocarbonatele din fructe şi zarzavaturi conţin vitamine şi săruri minerale. Hidrocarbonatele rafinate (zahărul) nu conţin

săruri minerale şi vitamine.

Pentru gravidă se recomandă alimente cu substanţe de balast ca pâinea neagră, pâinea Graham, fructe şi zarzavaturi. Orezul, pastele făinoase, pâinea albă nu conţin substanţe de balast, vitamine şi substanţe minerale şi de aceea se consumă nu mai mult de o dată pe zi. La masa de dimineaţă trebuie să se consume şi fructe sau zarzavaturi

(tomate, ardei gras etc.). În fiecare zi este bine să se consume alimente neprelucrate, crude, simple sau în amestecuri (salate, garnituri etc.).

Vitaminele sunt substanţe care, în cantităţi mici sunt absolut necesare pentru menţinerea sănătăţii. Ele reglează transformarea alimentelor şi funcţionarea organelor, în lipsa lor apar o serie de tulburări şi de boli carenţiale. Se deosebesc vitamine hidrosolubile (Bj, B2, niacina, B6, acidul folic, acidul pantotenat, biotina, B12 şi vitamina C) şi liposolubile – se dizolvă în grăsimi (A, D, E şi K). Supradozarea vitaminelor A şi D (hipervitaminoză) duce la tulburări grave. Supradozarea vitaminei A determină pierderea poftei de mâncare, vărsături, descuamări, mărirea ficatului, ca şi tumefieri ale ganglionilor şi articulaţiilor, în timpul sarcinii se bănuie că predispun la malformaţii ale copilului.

Supradozarea vitaminei D duce la lipsa de poftă de mâncare, vărsături, tulburări ale stomacului şi intestinului, calcifieri în rinichi şi vasele de sânge. Este posibil (după unii autori) să determine malformaţii ale inimii şi ale sistemului nervos central.

Surplusul de vitamine hidrosolubile (C, grupul B) se elimină prin urină.

Unele vitamine pot fi produse de organism însuşi (vitamina A din caroten, vitamina D cu ajutorul razelor ultraviolete, vitamina K prin activarea bacterilor intestinal). Alte vitamine, ca vitamina C şi complexul B trebuie cuprinse în alimentaţia zilnică. Conţinutul în vitamine al fructelor şi zarzavaturilor ţine de prospeţimea, durata depozitării şi modul de pregătire. Cea mai mare parte a vitaminelor sunt parţial degradate prin lumină, oxigen (vitamina A, complexul

B; vitaminele C, E şi K) şi sunt sensibile la căldură (prin fierbere sau coacere se distrug vitaminele B6, C şi K). Gravidele trebuie să consume zarzavaturi proaspete sub formă de salate, fructe şi sucuri proaspete. Este bine să se folosească congelatorul, care asigură o protecţie foarte bună a vitaminelor şi substanţelor minerale. ***Din luna a 4-a de sarcină*** nevoia de alimente care conţin vitamine creşte. Zilnic sunt necesare ***litru lapte, un ou, brânză, pâine integrală, zarzavaturi, fructe, carne sau peşte,*** având grijă ca în dieta zilnică să fie prevăzute alimente cu vitamine, în perioadele cu boli gripale este nevoie de un surplus de vitamină C. Pentru viitoarea mamă este foarte necesară prevenirea „răcelilor”. Dacă gravida se hrăneşte corect şi dacă nu are vreo boală carenţială, nu este nevoie să se consume preparate medicamentoase de vitamine (în afară de vitamina D, care trebuie administrată sub formă medicamentoasă).

Substanţele minerale şi oligoelementele

sunt absolut necesare pentru procesele metabolice ale organismului. Nevoile organismului în aceste substanţe sunt în cantităţi mici şi de obicei se găsesc din belşug într-o alimentaţie normală, în timpul sarcinii nevoile de calciu, fosfor şi fier sunt mai mari. Calciul şi fosforul sunt necesare îndeosebi organismului copilului pentru formarea sistemului osos şi a dinţilor. Alimente bogate în calciu sunt: telemeaua, caşcavalul, brânza Camembert, laptele, iaurtul, brânza de vaci degresată. Varza, nucile, spanacul, usturoiul, guliile, ţelina (rădăcina) şi pătrunjelul conţin cantităţi mici de calciu.

Când gravida nu poate consuma, din diverse motive, lapte sau derivate de lapte (brânză, iaurt), se va administra calciu sub formă de medicamente, pentru că niciun alt aliment nu conţine cantitatea de calciu necesară acoperirii nevoilor organismului femeii însărcinate.

Din cauza pierderilor de sânge prin menstruaţiile lunare, la majoritatea femeilor nu sunt acoperite nevoile de fier printr-o alimentaţie obişnuită. În sarcină prin micile pierderi de sânge şi prin fierul ce este furnizat de către mamă fătului, de foarte multe ori se ajunge la o anemie. De aceea, mai ales în ultimele luni de sarcină, este necesară o dietă cu alimente bogate în fier: carnea (mai ales ficatul), peştele şi gălbenuşul de ou. Mulţi autori susţin că resorbţia fierului este favorizată de consumul concomitent de sucuri cu vitamina C. De multe ori anemia nu poate fi corectată numai prin consumul de alimente, ci trebuie administrat un produs medicamentos, la

recomandarea medicului. De multe ori preparatele de fier înnegresc scaunele şi dinţii; în ambele situaţii se continuă tratamentul. Mai dificil este tratamentul când gravida are neplăceri digestive: constipaţii sau diaree, balonări, dureri.

O atenţie deosebită trebuie acordată consumului ***sării de bucătărie (clorura de sodiu).*** Sodiul şi clorul favorizează reţinerea apei în ţesuturi. Nevoile zilnice de sare se condiţionează de reţinerea apei în corp, mărirea volumului de sânge, formarea edemelor şi creşterea greutăţi corporale. Raţia zilnică de sare este de 5 – 7 g la femeia neînsărcinată. Persoanele care obişnuiesc să mănânce mai sărat ajung să aibă mai multă apă în ţesuturile corpului şi să încarce circulaţia inimii şi vaselor, ducând la instalarea hipertensiunii arteriale. De asemenea, rinichii nu funcţionează bine la unele gravide. De aceea se vor evita alimentele prea sărate sau ţinute în saramură, ca: salamul, peştele sărat, şunca, telemeaua, brânza topită, prăjiturile cu sare (saleurile etc.), alunele sărate, varza acră, murăturile. Se vor consuma alimente proaspete sau congelate, fructe sau zarzavaturi uscate sau deshidratate şi în niciun caz fructe sau rădăcinoase conservate cu sare. O alternativă o constituie extractele de drojdie de bere şi dieta cu sare fără sodiu. Atenţie mare la etichetele de la apele minerale deoarece unele conţin mult sodiu!

Iodul. În zonele cu guşă endemică este bine să se folosească sare cu iod. Iodul este important în organismul uman pentru construcţia tiroidei. Tiroida fătului începe să funcţioneze după a treia

lună de sarcină, când cresc nevoile de iod ale viitoarei mame. Alimentaţia obişnuită acoperă, de regulă, nevoile. Din păcate, în ţara noastră sunt zone cu populaţii ce prezintă mărirea glandei tiroide (guşa = ***struma)*** şi unii nou născuţi se nasc cu guşă. Acestor copii trebuie să li se administreze zilnic sare cu iod (tablete): ***Lichidele.*** Nevoia zilnică de lichide este de circa 1,5 litri; în miezul verii, din cauza transpiraţiei nevoile de lichide sunt mai mari. În unele cazuri (rare) la recomandarea medicului, se reduce consumul de lichide, în general, însă, este nevoie de cantităţi mai mari de lichide.

Dintre lichide, cel mai util pentru făt este laptele (0,5.1/zi). Dacă gustul laptelui simplu nu-i place gravidei se poate adăuga cacao sau se pot face amestecuri de lapte cu cereale (orez, griş, fulgi de porumb etc.) sau cu fructe (suc sau/şi pulpa) proaspete. Sucurile de fructe sunt foarte bune pentru digestie, dar fără multă apă gazoasă şi nu cu multe dulciuri. Apele minerale fără dulciuri nu sunt oprite, dacă nu au conţinut prea mare în sodiu. Sunt foarte indicate ceaiurile de plante (chimen, anason, muşeţel, tei, mentă etc.) îndulcite cu miere sau zahăr în cantităţi mici.

Problema alimentaţiei cu vegetale. Unele femei sunt adepte convinse ale alimentaţiei cu vegetale, în ultimul timp au apărut articole şi chiar cărţi care preconizează o alimentaţie exclusiv vegetală. Fiecare gravidă trebuie să ştie că dieta compusă numai din vegetale nu asigură substanţele necesare pentru propriul său corp şi mai ales pentru al fătului. Astfel de diete nu

asigură raţia optimă de proteine cu valoare ridicată, calciu, fier şi vitamina BI2. ***Ceaiul negru („chinezesc”, „rusesc”) şi cafeaua*** se pot consuma cu moderaţie. Ceaiul rusesc consumat la mesele principale împiedică preluarea fierului din alimente. Dintre ***băuturile,*** vinul de bună calitate şi berea pot fi consumate în cantităţi mici. Se vor evita băuturile distilate (ţuica, vodca, coniacul, whiskiul etc.).

Fumatul trebuie exclus complet în cursul sarcinii şi lăuziei, în interesul copilului. Frecvenţa naşterilor premature este net crescută la marile fumătoare. Dacă fumatul nu se poate opri complet, se va reduce la minimum numărul de ţigări fumate zilnic.

Ce alimente sunt contraindicate? Se vor evita alimentele bogate în grăsimi: slănina, maioneza, carnea grasă, cartofii prăjiţi şi în glucide: zahărul, mierea, dulceaţa, gemurile, excesul de macaroane sau orez, prăjiturile, îngheţata, floricelele. Nu se va consuma peşte sărat, iar sarea se va reduce în general.

Ce alimente trebuie să fie prezente în fiecare zi alimentaţia gravidei:

– Circa ***Vi*** litru lapte (sau echivalentul său în lapte sau brânzeturi);

– Carne sau peşte;

– Vegetale; Fructe;

– Un ou (dacă gravida nu are colesterolul crescut);

– Preparate din cereale integrale.

De asemenea, gravida va primi, la indicaţia medicului vitamina D şi eventual un preparat din polivitamine. În caz de anemie carenţială se administrează preparate de fier. ***În rezumat,*** femeia gravidă va primi o alimentaţie echilibrată, cu un conţinut bogat în proteine animale, vitamine şi fier. Grăsimile şi proteinele nu vor depăşi raţia normală, iar dintre hidraţii de carbon se vor alege cei cu valoare biologică mai mare. Se vor evita excesul de dulciuri, produse de patiserie, ciocolata şi bomboanele. Se recomandă regimurile bogate în substanţe zise „de lest", adică acelea care conţin din abundenţă celuloză (fructe, zarzavaturi crude şi pâine integral), pentru stimularea peri stal tismului intestinal.

Alimentarea gravidei poate fi stânjenită primele luni de sarcină de greţuri, vărsături, gusturi anormale şi lipsa poftei de mâncare. Nesatisfacerea".

nu prejudiciază fătul şi nici nu duce la avort. ***Vărsătura matinală (de dimineaţă)*** se combate cel mai eficace prin luarea micului dejun în pat. Pentru a ameliora gustul alimentelor se va recurge la borş, lămâie şi la arome culinare. La unele gravide, odată cu evoluţia sarcinii, se instalează un apetit crescut, căruia i se asociază cu timpul şi o sete puternică. Viitoarea mamă trebuie să se sature, dar nu să mănânce „pentru doi". Foamea şi setea pot fi combătute prin ingerarea de salate şi fructe proaspete. ***Cum pot fi tratate vărsăturile şi greaţa gravidei.*** Dacă greaţa şi vărsăturile se prelungesc în timp, se renunţă la toate

prescripţiile dietetice. Gravida va mânca numai cei place şi ce nu-i „face rău”.

Se foloseşte o gamă întreagă de medicamente: antispastice, alcaline, sedative. Mai recent sau adăugat antihistaminicele de sinteză şi unele tranchilizante, care se vor folosi însă numai la recomandarea şi sub supravegherea strictă a medicului.

Cazurile mai grave, unde se impune echilibrarea hidroelectrolitică prin perfuzii intravenoase, se internează în spital. Uneori, la baza acestor simptome stă o tulburare de ordin psihic, care necesită un tratament de specialitate. Tratamentulsalivaţiei excesive), care însoţeşte greaţa şi vărsăturile sau unele curiozităţi ale apetitului, se poate face cu doze mici de atropină. Un alt remediu este oferit de mestecarea de dulciuri consistente sau gumă de mestecat. ***În caz de*** subalimentaţiecarenţele ating mai întâi pe mamă şi numai în cazuri grave pot afecta fătul, deoarece acesta din urmă este, de fapt, „primul servit”.

Anemia, obezitatea, cariile dentare, decalcifierile, oboseala, lipsa apetitului, apărute în timpul sarcinii, sunt, de obicei, manifestări ale unei alimentaţii defectuoase. ***Combaterea constipaţiei,*** în timpul sarcinii, la multe femei apare o tendinţă la constipaţie, care generează o stare de neplăcere temporară. Pentru a o combate se vor consuma de preferinţă legume fierte sau sub formă de salate şi vegetale crude, fructe (prune, pere, pepeni, struguri, portocale, smochine), pâine neagră, lapte bătut, iaurt. De

asemenea se recomandă ca gravida să se mişte mult, în general salatele de crudităţi cu ulei şi unele fructe (prune, pere) ca şi consumul zilnic de orice crudităţi sunt eficiente.

Este recomandabil ca gravida să-şi formeze obiceiul de a încerca să aibă scaun în fiecare dimineaţă după micul dejun. Dacă indicaţiile de mai sus nu sunt eficiente, se va încerca următorul regim:

– ***Dimineaţa,*** pe nemâncate, gravida va consuma un mic amestec constituit dintr-un ou moale, o lingură de ulei de măsline şi două linguri de miere de albine, după care va bea un pahar de ceai cu pâine neagră;

– La ***masa de prânz*** va consuma şi/sau compoturi de prune uscate sau pere şi salate de crudităţi;

– Înainte de a merge la culcare va mânca fructe.

În caz că niciuna din sugestiile de mai sus nu au fost eficiente, va apela la medicul obstetrician, care va indica un laxativ uşor. Eventual va lua lactoză (2 – 3 linguriţe pe zi) dizolvată în apă sau lapte.

Nu se va lua fără aviz medical niciun laxativ (sau purgativ), deoarece aceste medicamente nu acţionează numai asupra intestinului, ci şi asupra uterului, putând provoca la femeile predispuse, un avort sau o naştere prematură. Medici indică, de obicei, laxative uşoare care conţin lubrifiante vegetale, o leu de parafină sau lactoză.

Constipaţia, vărsăturile matinale şi gusturile anormale dispar, în general, după luna a IV-a de

sarcină. ***Urina.*** Examenul urinei se face la indicaţia medicului, în vederea cruţării rinichilor, mama este datoare:

– Să bea în jur de 1 litru de lichide pe zi (lapte + supă + apă + ceaiuri sau sucuri de fructe);

– Să se adreseze medicului de îndată ce urina este mai închisă la culoare, este în cantitate mai mică sau miroase urât şi/sau dacă micţiunile se însoţesc de senzaţii neplăcute (usturimi, dureri, dificultate la urinat).

1.1.3. Curăţenia şi îngrijirea corpului

Curăţenia şi îngrijirea corpului joacă un rol deosebit. Se recomandă băile generale cu apă călduţă (într-o cadă bine curăţită şi dezinfectată) sau duşurile călduţe. Pentru prevenirea accidentelor (prin alunecare) se va pune în cadă o rogojină sau un prosop aspru. Dacă în ultimele săptămâni de sarcină gravidei îi este greu să intre şi să iasă din cadă, ea se va spăla mai bine cu un burete în afara căzii. Duşurile vor fi frecvente, întrucât în ultima perioadă gravida transpiră mult. Băile reci sau fierbinţi sunt interzise, putând declanşa contracţii uterine.

În Lipsa instalaţiei de baie este obligatorie spălarea zilnică cu ajutorul unui lighean insistând asupra cutelor pielii (sub şi în jurul mamelelor, gât, subsuoară, zonele din jurul organelor genitale).

Igiena corporală riguroasă, tăierea unghiilor şi schimbarea frecventă a lenjeriei de corp şi de pat sunt deosebit de importante, îndeosebi în ultima parte a sarcinii. Pielea gravidei fiind mai

sensibilă, săpunul obişnuit va fi înlocuit cu un săpun neiritant (de bună calitate). După baie, pielea se fricţionează uşor cu un prosop aspru, ceea ce contribuie la mărirea supleţei acesteia şi la activarea circulaţiei. Nu se aplică pe piele creme sau unguente, care astupă porii şi împiedică eliminarea secreţiilor cutanate. Nu se folosesc deodorante în regiunea axilară, deoarece duc, de asemenea, la înfundarea canalelor sudoripare şi pot favoriza formarea de furuncule. Femeile care transpiră mult se pot pudra cu talc sau cu pudră pentru copii, aplicată pe faţa internă a coapselor, în jurul organelor genitale, sub sâni etc. În ultimele săptămâni de sarcină, gravida va dormi singură în pat.

Infecţiile pielii. Orice plagă cutanată infectată (eroziuni zemuinde, vezicule, pustule) va fi semnalată medicului şi tratată cu promptitudine şi meticulozitate, în orice caz se va evita cu stricteţe contactul cu persoane care prezintă plăgi purulente; toate obiectele folosite de gravidă vor fi strict individuale. Femeia însărcinată nu va îngriji niciodată membrii de familie sau alte persoane care prezintă afecţiuni purulente.

Igiena organelor genitale externe, în timpul sarcinii se produce o creştere a secreţiilor vaginale, care, de obicei, nu are nicio semnificaţie patologică. Prin abundenţa lor, însă, aceste secreţii provoacă uneori iritaţii locale. De aceea se va face toaleta externă cu apă călduţă şi săpun zilnic şi după fiecare scaun, folosind un lighean sau o cădiţă, care au fost spălate sau dezinfectate

în prealabil. Irigaţiile vaginale sunt complet interzise în ultimele 6 – 8 săptămâni ale sarcinii, pentru că pot declanşa contracţii uterine. De altfel, nici la începutul sarcinii nu se vor efectua decât la prescripţia strictă a medicului. Folosirea closetelor publice se va face cu deosebită grijă pentru a evita infecţiile. Organele genitale externe nu se curăţă decât după ce mâinile au fost bine spălate cu apă caldă şi săpun. Se vor folosi numai comprese sterilizate sau bucăţi de pânză fină, fierte, spălate bine şi călcate cu un fier bine încins. Curăţirea organelor genitale se face cu mişcări dinainte înapoi, spre zonele anale, pentru a evita murdărirea sau infectarea regiunii vulvare.

Comportamentul sexual este diferit, ţinând seama de modificările organismului, de profilul sufletesc al mamei în devenire, de climatul efectiv din familie, de mediul culturaleducativ în care trăieşte. La primi pare, mai ales la începutul gestaţie! libidoul şi orgasmul sunt diminuate. La multe femei, dorinţa sexuală creşte. Sub influenţa hormonilor sexuali (gonadici), organele sexuale sunt mai vascularizate, vaginul este mai umed (mai bogat în secreţii), iar sânii devin mai sensibili (mai dureroşi). Femeia care doreşte copilul acceptă cu satisfacţie starea în care se află, consideră că este demnă să fie dorită, este accesibilă la relaţi intime naturale şi o încântă orice manifestare afectuoasă. Datorită modificărilor psihice şi a formelor pline, majoritatea femeilor gravide devin partenere fascinante; bărbaţii se simt mai legaţi din punct de vedere erotic; sunt surprinşi de neaşteptata lor

pasiune. Viaţa de familie bazată pe iubire va continua şi în timpul sarcinii. Reacţiile sexuale sunt diverse. La unele perechi, dorinţa sexuală scade sau încetează. La începutul sarcinii multe femei sunt obosite, au greţuri. Spre sfârşitul sarcinii, datorită schimbărilor fizice (creştere mare în greutate, deformări ale corpului, faţa pătată etc.) unele gravide devin neatractive. La unele femei apar probleme în ceea ce priveşte rolul de „mamă şi iubită”, iar la altele (puţine) se notează negativisme faţă de sarcină. Odată cu creşterea lunilor de sarcină, comportamentul sexual al multor bărbaţi se schimbă: dorinţa de a iubi fizic se pierde atât datorită schimbărilor fizice ale femeii, cât şi fricii ca actul sexual să nu dăuneze copilului. Alţi bărbaţi simt că în legătura soţsoţie se interpune „al treilea”, care trebuie protejat. Dacă femeia acordă o prea mare importanţă fătului, la unii bărbaţi apare un sentiment de gelozie faţă de noul „rival”. Majoritatea bărbaţilor sunt neajutoraţi, neştiind cum să se comporte. Este de datoria femeii să-l facă pe soţ să înţeleagă că nu este neglijat şi să simtă atât în timpul sarcinii cât şi după naştere că îi este de mare ajutor, în ultimele 46 săptămâni înainte de naştere este bine să se înceteze relaţiile sexuale (orificiul uterin se lărgeşte şi pot produce germeni; se pot declanşa contracţii uterine etc.). La femeile cu antecedente obstetricale şi la cele cu tulburări (pierderi de sânge, contracţii uterine, dureri de mijloc etc.) se evită orice contact sexual.

Îngrijirea dinţilor. Gravida trebuie să-şi îngrijească dinţii în mod deosebit, în timpul

sarcinii, dinţii sunt predispuşi la carii; uneori se constată sângerări ale gingiilor. Se impune o igienă riguroasă a gurii, folosirea pastei de dinţi cu fluor şi un consult stomatologic. Se evită consumul excesiv de dulciuri; se interzic: consumul excesiv de dulciuri rafinate, de miere şi de bomboane „lipicioase” după masa de seară. Tratamentul stomatologic poate fi efectuat în tot cursul sarcinii. Anestezicele se vor folosi numai cu avizul obştetricianului.

Sânii şi mame Ioane le (vezi pag. 40) se spală în fiecare zi cu apă şi un săpun moale şi se şterg cu un prosop mai aspru. Această frecţie constituie pentru piele cel mai bun fortifiant şi face să se reliefeze mameloanele.

Începând din luna a IV-a de sarcină poate surveni o secreţie lichidă din mameloane, în astfel de cazuri se aplică comprese cu tifon în conul sutienului pentru protejarea hainelor. Dacă această secreţie se usucă pe mameloane, apar dureri şi roşeaţă; de aceea se vor spăla de mai multe ori pe zi cu apă călduţă. Mameloanele îndurate se ung cu cremă cu lanolină şi se acoperă cu tifon. Dacă apar fisuri, se spală mameloanele cu apă călduţă şi se acoperă cu tifon steril. Gravida va alege un tip de sutien care să ridice sânii şi care să evite comprimarea mameloanelor. Nu se poartă sutiene prea strânse pentru că acestea stânjenesc creşterea normală a sânului în timpul sarcinii. Eventual se secţionează vârfurile unor sutiene mai vechi pentru a evita compresiunea mameloanelor. Cu efecte bune sunt băile de aer ale sânilor: de 1 – 3 ori pe zi gravida

va sta culcată cu sânii descoperiţi câte 2 – 3 ore.

Mameloanele mici, retractate sau ombilicale vor fi masate cu mişcări de rotaţie şi tracţiune, încercând să fie aduse afară

(fig. 1.1).

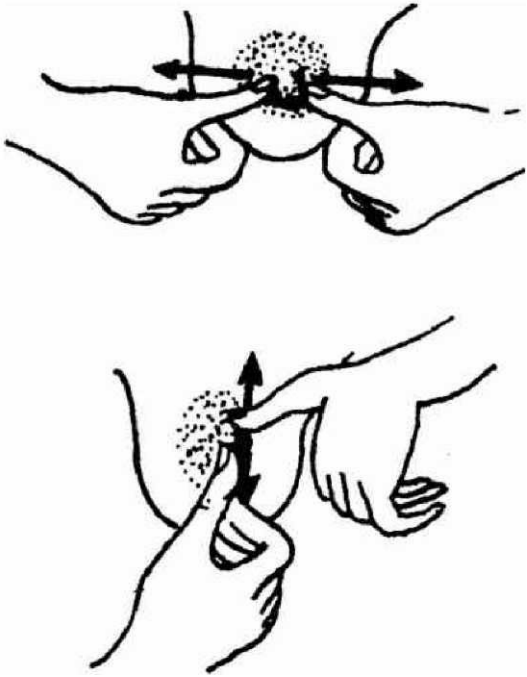


Fig. ***1.1*** Masajul sânilor.

Vergeturile de pe abdomen. Ele se pot reduce la minimum, dacă gravida are grijă să nu crească prea mult în greutate. Unii medici indică aplicaţii de lanolină sau de cremă în zona vergeturii, însoţite de masaj zilnic de 10 – 15 minute. ***Îmbrăcămintea.*** Pentru perioada de sarcină din ultimele luni, industria textilă pune la dispoziţia gravidelor o gamă întreagă de obiecte de îmbrăcăminte. În alegerea garderobei se va ţine seama, în primul rând, de comoditatea îmbrăcămintei, dar nu se va neglija nici aspectul

estetic. Se va prefera îmbrăcămintea cu şireturi sau cu cusături ce se pot desface pe măsură ce sarcina progresează. Se va evita îmbrăcămintea strânsă. Se preferă rochia sac, a cărei greutate cade numai pe umeri; de asemenea, fustasarafan combinată cu mai multe bluze. Lenjeria de corp va fi lejeră şi, pe cât posibil, din bumbac. Nu se vor purta cordoane. Se va purta ***încălţăminte*** cu tocuri joase. ***Sportul şi călătoriile*** nu dăunează gravidei sănătoase, dacă se apreciază de fiecare dată riscurile ce le implică pentru mamă şi copilul nenăscut. O mare parte din sporturi, mai ales cele cu mişcări ritmice, influenţează favorabil inima şi circulaţia, schimburile metabolice, previn şi/sau înlătură contracţiile uterine şi trombozele. În fiecare caz, sporturile şi călătoriile vor fi autorizate de către medic. Dacă sarcina evoluează fără complicaţii, gravida nu va fi oprită să practice sportul cu care este obişnuită, dar în niciun caz cele de performanţă, în general, dar mai ales în caz de pericol de naştere prematură, se interzic toate sporturile care pot produce alunecări, căderi, zguduirea corpului: săriturile, călăria, alpinismul, schiul nautic, patinajul, săriturile la trambulină. Se recomandă: plimbările în aer liber, gimnastica şi înotul. Sunt permise cu prudenţă: drumeţia, dansurile clasice, mersul pe bicicletă, schi fond, yoga, tenis, popice, i ah tine. Până în luna a Vila se poate merge şi la saună (reduce din încărcătura vasculară, favorizează o bună sudoraţie); sauna poate fi permisă cel mult o dată pe săptămână şi cu obligaţia de a sta pe treptele de jos.

În primele 3 – 4 luni, o călătorie este bine venită pentru corp şi psihic, dacă nu este prea obositoare.

Înainte de naştere se mai poate planifica o călătorie de vacanţă, în săptămânile dintre luna a V-a şi a Vila. Din luna a VIII-a de sarcină, orice călătorie poate duce la o naştere prematură.

Vacanţa va fi numai de relaxare şi în locuri unde sunt asigurate condiţii de igienă şi de civilizaţie. Sunt riscante vacanţele petrecute la cort, în locuri izolate, cu drumuri neasfaltate, fără legături telefonice. Ascensiunile pe munţi şi „aventurile” sunt contraindicate, în cazul vizitelor în ţări tropicale, pe lângă incomodităţile aduse de căldură şi schimbările de mediu sunt necesare adesea unele vaccinări (febra galbenă) sau tratamente (malaria), care nu sunt inofensive pentru făt.

Mijloace de transport. Cel mai comod mijloc de transport este trenul cu locuri rezervate din timp, de preferat la clasa I. În mod obişnuit se foloseşte automobilul propriu, chiar în cazul călătoriilor lungi. Nu este bine ca gravida să conducă. După fiecare oră de mers se va face un popas pentru ca gravida să se poată mişca puţin la aer. Gravida nu va folosi centura de siguranţă.

Cel mai bun mijloc de circulaţie este avionul, care nu are efecte nocive asupra fătului. Dar nici cu avionul nu se permit deplasările în ultimele 4 săptămâni de sarcină, vibraţiile avionului de la decolare şi aterizare putând declanşa contracţii.

În bagaj, mama va lua, printre altele, carnetul de urmărire al gravidei. La locul de vacanţă

gravida se va interesa de adresa unui cabinet de obstetrică şi a maternităţii celei mai apropiate.

1.1.4. Mici probleme de sănătate

Arsurile de stomac (pirozis) apar, de obicei, în ultimele luni de sarcină şi se datoresc creşterii acidităţii sucului gastric. De obicei, arsurile se însoţesc de eructaţii (eliminări de aer pe gură, râgâieli) şi de gust acru în gură. Accentuarea acestui fenomen trebuie semnalat medicului obstetrician, deoarece poate constitui semnul incipient al unei toxicoze gravidice. Mijlocul cel mai simplu de a combate arsurile constă în a bea mici şi repetate cantităţi de lapte. Dacă această metodă nu dă rezultate, se pot administra prafuri alcaline (se va evita bicarbonatul de sodiu).

Hemoroizii constituie o complicaţie frecventă în cursul sarcinii. Se formează prin compresiunea produsă de făt asupra venelor din bazin. Se va acorda importanţă igienei locale; se recomandă băi călduţe şi tratament cu supozitoare pentru combaterea durerii, unguente anestezice sau comprese reci aplicate local. Se exclud sau se reduc din alimentaţie: băuturile alcoolice, cafeaua, acriturile, alimentele piperate; de asemenea se combate constipaţia prin consumul de fructe, salată de crudităţi (ardei gras, sfeclă, morcovi, ţelină etc.), pireuri sau fierturi de ştevie, urzici sau spanac.

Micţiunile frecvente din timpul sarcinii se datoresc fie compresiunii fătului asupra vezicii, fie unei cistite (infecţie bacteriană a vezicii). În prima eventualitate nu se face nimic, în cea de a doua se

impune efectuarea unei uroculturi şi tratament corespunzător.

Varicele membrelor inferioare apar frecvent în timpul sarcinii, fiind determinate de compresiunea exercitată de uterul mărit asupra venelor bazinului. Se vor evita elasticele circulare (jartiere) pe gambe sau coapse, se vor purta ciorapi elastici sau se va aplica o faşă elastică, dimineaţa înainte de scularea din pat. Gravida va evita să lucreze mult în picioare şi, de câteva ori pe zi, va sta în poziţie orizontală cu gambele ridicate mai sus (fig.1.2).

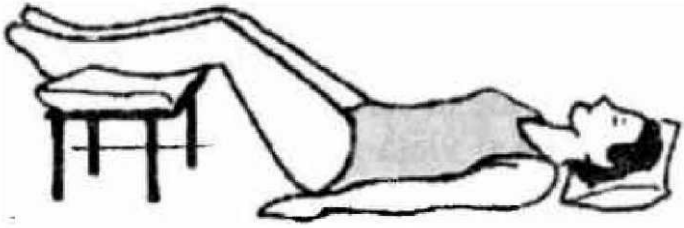


Fig. 1.2-Exerciţii pentru gravida cu varice ale membrelor inferioare.

În timpul nopţii va dormi pe un pat cu saltea perfect orizontală, cu pernă mică, iar sub gambe va pune o pătură înfăşurată ca un sul.

După naştere, varicele regresează sau dispar în întregime. La sarcinile ulterioare varicele pot reapărea şi se pot agrava. ***Cârceii*** de la nivelul muşchilor gambei apar din cauza poziţiei corpului care modifică solicitarea grupelor musculare ale gambei şi, se pare, din cauza unui aport insuficient de calciu. Se poate obţine dispariţia imediată a cârceilor prin masaj local, ridicarea în vârful picioarelor şi flectarea genunchilor sau prin sprijinirea cu putere a degetelor de la picioare de

tăblia patului sau de un perete, în caz de hipocalcemie se vor lua preparate de calciu şi se va consuma mai mult lapte.

Edemaţierea (umflarea) picioarelor, gleznelor sau altor regiuni ale corpului în timpul sarcinii se poate produce prin: ***Presiunea exercitată asupra venelor iliace.*** Astfel de umflături apar, de obicei, după mai multe ore de stat în picioare şi dispar după repaus la orizontal. Nu au nicio importanţă clinică şi nu trebuie să o neliniştească pe gravidă. ***Gestoze.*** În aceste cazuri, edemele nu se limitează la membrele inferioare, ci pot cuprinde mâinile, faţa, spatele şi peretele abdominal. Concomitent se poate constata prezenţa albuminei în urină şi creşterea tensiunii arteriale. Se impune un tratament medical riguros şi urgent. ***Scurgerile vaginale (leucoreea).*** O accentuare moderată a secreţiilor vaginale este absolut normală, în cazul în care secreţia este abundentă şi se însoţeşte de o eroziune a colului sau de o infecţie micotică vaginală şi senzaţie de mâncărime, se impune un tratament energic. Vaginitele din cursul sarcinii nu se tratează cu spălături vaginale, datorită pericolului introducerii unor germeni infecţioşi. ***Durerile sacrate (de şale)*** sunt determinate de modificarea poziţiei corpului în vederea schimbării centrului de greutate, datorită creşterii în volum a abdomenului, încălţămintea cu tocuri înalte şi îngrijirea sugarului pe un pat sau o masă scundă favorizează apariţia durerilor de mijloc. Repausul la orizontal pe o saltea perfect orizontală şi dură

poate înlătura în parte acest neajuns.

Ameţelile şi leşinurile se întâlnesc uneori în cursul sarcinii. Dacă apar în sarcina mai avansată şi dacă se însoţesc de alte simptome (creşterea tensiunii arteriale, edeme, tulburări de vedere, greţuri şi vărsături) pot fi semnele unei gestoze. ***Semne de alarmă:*** dacă apare una din manifestările mai jos notate, se apelează de urgenţă la medic: – Umflarea feţei, mâinilor sau/şi picioarelor;

– Tulburarea vederii; Febră;

Sângerări vaginale;

– Vărsături persistente;

– Dureri de cap permanente (4 tăn cască", ca un cerc strâns pe cap);

– Pierderi de lichide din vagin.

Medicamentele şi sarcina. Gravida nu va lua un medicament care nu i-a fost recomandat de către medic. Unele medicamente au efecte vătămătoare asupra embrionului, ducând la apariţia de malformaţii. Gravida trebuie să respecte următoarea regulă: ori de câte ori există vreun dubiu asupra nenocivităţii unui medicament este preferabil să nu fie luat.

Efectul factorilor de mediu, în zilele noastre ia naştere o disciplină nouă, care studiază efectul factorilor de mediu înconjurător asupra produsului de concepţie. Astfel, să descoperi că fătul poate fi influenţat de zgomotul din preajma mamei. De exemplu, frecvenţa bătăilor inimii fătului creşte atunci când în jurul gravidei este zgomot, se ţipă sau gravida este emoţionată.

1.1.5. Igiena psihică

Dorinţa de a avea copii există la orice femeie sănătoasă şi este izvorâtă din natura ancestrală a femeii, din instinctul de conservare a speciei omeneşti, din motive de ordin personal sau moral.

Femeia se realizează prin căsnicie şi devine fericită prin maternitate.

După ce a trecut de perioada de creştere şi de maturare sexuală, în viaţa femeii se impun în mod imperios problemele legate de relaţiile sale cu sexul opus şi de instinctul de perpetuare a speciei. Prin manifestări periodice (menstruaţiile), organismul său îi „reaminteşte” fără încetare destinul său natural. Faptul că femeia lucrează, iar sfera activităţii sale este extrem de apropiată de aceea a bărbatului, nu o împiedică să dorească un copil. Există, totuşi, etape în timpul cărora femeia, pentru diverse raţiuni, se simte chemată mai mult pentru alte îndatoriri. Refularea dorinţelor fireşti (de întemeiere a unei familii, de maternitate), chiar dacă se face în numele unor afirmări pe linie profesională, determină de multe ori conflicte biologice, psihice, morale şi chiar sociale.

În timpul sarcinii şi alăptării, oricare ar fi pregătirea intelectuală, comportamentul social şi întregul ansamblu de idealuri ale femeii, trăirile sufleteşti legate de maternitate trec pe primul plan. Garanţia pentru o evoluţie normală a sarcinii şi pentru dezvoltarea unui copil sănătos este constituită nu numai de sănătatea biologică a părinţilor şi de condiţiile materiale oferite de societate, ci şi de comunitatea de idealuri (sociale, morale, profesionale) ale familiei. De o importanţă

deosebită sunt reacţiile sufleteşti ale mamei în ceea ce priveşte dorinţa, speranţele şi teama cu care aşteaptă copilul. De fapt, orice gravidă, oricât de echilibrată ar fi, trăieşte o perioadă de aşteptare cu o mulţime de semne de întrebare, care duc la o anumită stare de nelinişte. Medicul de familie şi asistenta de familie sunt obligaţi să-şi concentreze atenţia mai ales asupra primiparelor, pe care le vor vizita mai des, insistând atât asupra pregătirilor materiale, cât şi asupra stării sufleteşti cu care aşteaptă primul copil; există, pe de o parte, dorinţa de a avea copil şi un simţământ de împlinire, iar pe de altă parte, teama de dureri, teama de implicaţiile de ordin material, de plusul de muncă, de incomodităţile legate de venirea copilului, de limitarea propriei libertăţi.

În căsătoria precoce, unele femei sunt încă atât de copilăroase şi au o nevoie atât de pronunţată de fi iubite şi tratate ca un copil, încât nu se simt capabile de a deveni mame. Unele regretă că, odată cu venirea copilului, propria persoană va trebui să treacă pe un plan secundar. De cele mai multe ori, toate aceste atitudini se rezolvă odată cu naşterea copilului. Se întâlnesc şi gravide la care dorinţa de a avea un copil este generată de o viaţă nesatisfăcută, datorită unei căsnicii nereuşite. Asemenea femei doresc copilul ca un fel de compensaţie, sperând să găsească o mângâiere în singurătatea lor. Copilul ar reprezenta mijlocul prin care sar consolida căsnicia. Mai târziu, copilul ar urma să-şi însuşească şi să-şi ducă la îndeplinire toate visurile nerealizate ale mamei. Aceste aşteptări

poartă în ele germenii viitoarelor dificultăţi în relaţiile mamă-copil. Apare adesea deziluzia, deoarece copilul care a fost adus pe lume în vederea atingerii unui anumit scop, nu rezolvă neînţelegerile din căsnicie.

Aşteptarea unui copil prin prisma unor calcule reprezintă o atitudine necorespunzătoare din partea mamei. Un cuplu fără copii alcătuieşte numai o încercare eşuată de a avea o familie: aşa-numita „familie conjugală" şi nu o familie propriu-zisă. Fără copii, grupul familial nu este complet închegat şi nu poate să-şi îndeplinească toate funcţiile. Asupra tuturor acestor pericole, a greşelilor pe care mulţi le regretăm din păcate prea târziu, trebuie să insiste familia, medicul şi asistenta de familie în munca de educaţie sanitară.

1.1.6. Câteva indicaţii generale

– Gravida va evita contactul cu persoane răcite sau bolnave de o boală infecţioasă. Unele infecţii care nu produc mamei nimic deosebit, pot fi periculoase pentru făt, mai ales în primele luni de sarcină (rubeola, unele virusuri gripale, herpesul etc.).

– Nu va frecventa locurile aglomerate (săli de spectacole, localuri etc.).

– Nu va lua niciun medicament fără avizul medicului.

– Nu se va supune la nicio investigaţie radiologică, fără indicaţie medicală.

– Va evita jocul şi contactul cu animale necunoscute (pisică etc.), care pot transmite unele boli parazitare (toxoplasmoza etc.).

– Va căuta să-şi asigure un somn de 8 – 9 ore în fiecare noapte şi cel puţin o oră de repaus în poziţie orizontală în timpul zilei.

– Va evita exerciţiile dificile şi activităţile care solicită eforturi deosebite (ridicarea de obiecte grele, alergarea, urcarea rapidă a scărilor, practicarea sporturilor violente). Nu va sta în picioare timp îndelungat.

– În caz că lucrează în mediu toxic sau în ture de noapte, va fi transferată la o muncă cât mai uşoară.

– Va sta cât mai mult în aer liber, fără a se expune mult la soare.

– Atitudinea cea mai potrivită, în raport cu viitoarea naştere, este să aibă convingerea că aceasta reprezintă un fenomen absolut fiziologic.

– Va intra în concediu legal de natalitate, conform legii sau indicaţiilor medicului obstetrician.

Va consulta periodic medicul obstetrician.

– În ultimele 2 luni va începe pregătirile pentru copilul aşteptat.

1.1.7. ***Gimnastica gravidei***

Femeile care au practicat mult sport înainte de sarcină ar putea crede că gimnastica gravidei este inutilă pentru ele. Experienţa arată însă că nici la ele actul naşterii nu se petrece mai uşor decât la femeile complet neantrenate, deoarece gimnastica gravidei vizează antrenarea acelor grupe musculare şi ligamente care nu sunt incluse în antrenamentele sportive obişnuite. Reguli de bază pentru gimnastică:

Gravida nu trebuie să obosească prin

gimnastică;

– La început fiecare exerciţiu se repetă numai de 2 – 3 ori;

– Durata totală pentru o şedinţă nu va depăşi 15 minute (se pot efectua 2 şedinţe pe zi);

– Exerciţiile se vor executa pe un plan dur, cel mai bine pe podeaua acoperită cu un pled;

– În timpul exerciţiilor gravida nu va purta sutien, eventual ochelari, pantofi (vezi fig. 1.3 – 1.6).

Fig. ***1.3*** – 1.6-Gimnastica gravidei.

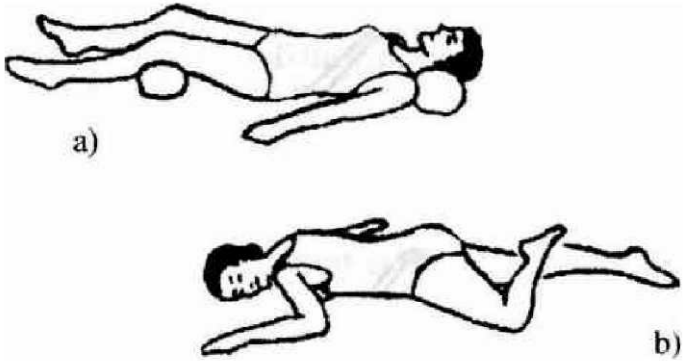


Fig. ***1.3.***

– Gravida se culcă pe spate, complet relaxată (fig. 1.3 a). Sub ceafă se aşază o pernă mică, astfel încât capul să atingă solul cu regiunea occipitală. Braţele vor fi uşor depărtate de corp, degetele uşor flectate. Umerii se sprijină pe soi. Membrele inferioare uşor depărtate, picioarele lăsate să se depărteze conform greutăţii lor. Sub plica genunchilor se aşază un puişor de pernă, făcut sul. Respiraţi lejer şi încercaţi să urmăriţi cum, odată cu inspiraţia, se destinde nu numai musculatura abdominală anterioară şi laterală, ci şi planşeul bazinului (perineul).

1.3, b. Aceeaşi relaxare musculară totală se poate realiza în poziţie culcată pe o parte. Şi în acest caz, gravida respiră liniştit, profund, urmărind distensia abdominală în inspir şi revenirea cu relaxare în expir.

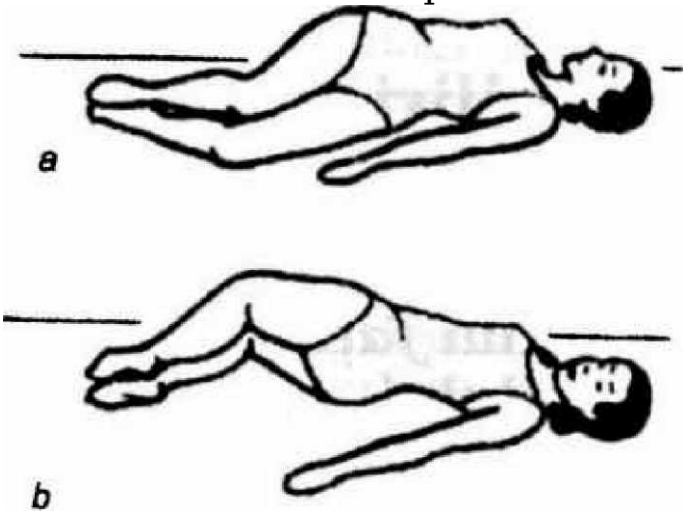


Fig. 1.4Poziţia culcat pe spate. Membrele inferioare flectate, braţele lăsate lejer, de-a lungul corpului. Ambii genunchi sunt lăsaţi să „cadă” într-o parte până ating podeaua. Spatele relaxat urmează cât trebuie această mişcare. Umerii rămân lipiţi de sol, în tot timpul respiră liniştit (inspiră pe nas, expiră pe gură). Mişcarea se repetă de câteva ori de fiecare parte (fig. 1.4, a).

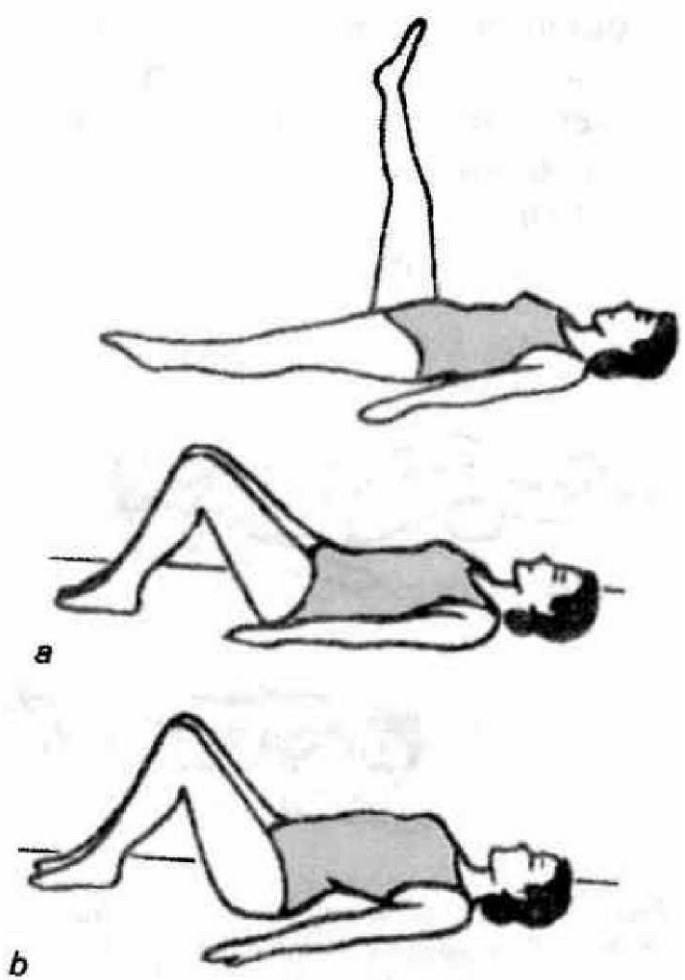


Fig. 1.5Poziţia culcat pe spate. Membrele inferioare flectate, tălpile aplicate pe sol. Transferaţi greutatea din regiunea lombară (mijlocul) în regiunea coccisului (noada), apoi în regiunea lombară (fig. 1 – 5, a).

Poziţie culcat pe spate. Membrul inferior drept se ridică întins, în poziţie verticală, apoi se coboară încet la sol. Urmează aceeaşi mişcare cu membrul inferior stâng. Apoi, înainte de a coborî piciorul, se execută mişcări de rotaţie din gleznă.

Se repetă de mai multe ori (fig. 1.5, b).

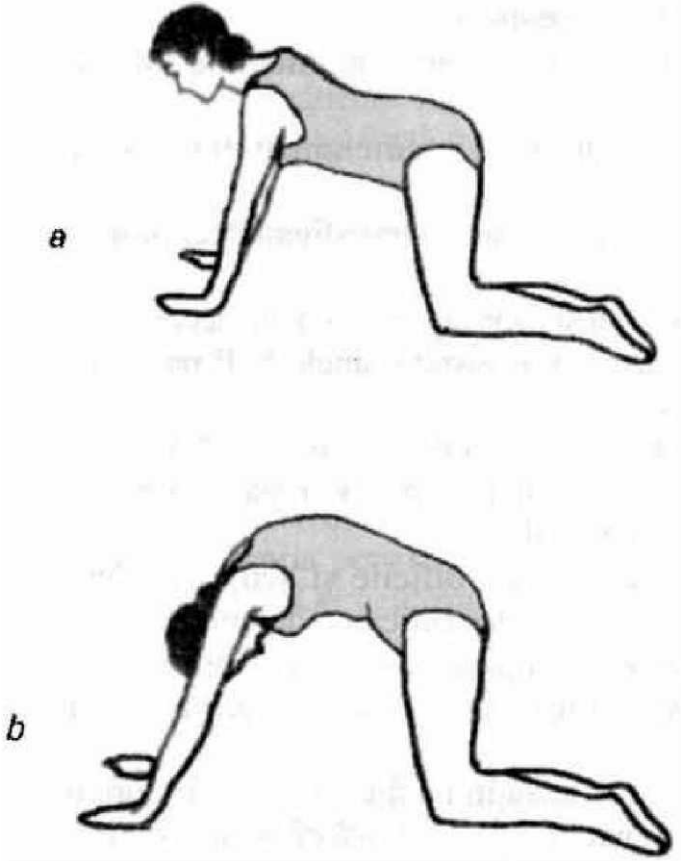


Fig. 1.6-Poziţie în genunchi, cu palmele sprijinite pe sol, braţele întinse, în repaus, capul, ceafa şi spatele formează o linie dreaptă. Apoi capul se apleacă, iar spatele se rotunjeşte (ca pisica) şi se revine la poziţia de repaus. Se repetă de mai multe ori.

urma unei îngrijiri corespunzătoare, urmaşii lor au toate şansele de a deveni indivizi sănătoşi, înzestraţi corespunzător în vederea desfăşurării normale a întregii lor existenţe.

Al doilea eveniment hotărâtor este ***naşterea.*** După 9 luni de sarcină, însoţită de

atâtea speranţe şi îndoieli, urmează naşterea, care, pe cât a fost de aşteptată, pe atât vine de repede şi de neprevăzut.

În timpul sarcinii şi naşterii fătul este într-o totală unitate cu mama sa, care îi asigură toate condiţiile şi substanţele necesare dezvoltării. Premisa de bază pentru un echilibru psihic al mamei şi pentru o

1.2. Îngrijiri în maternitate

1.2.1. Atitudinea mamei şi a tatălui faţă de neişterea copilului în determinarea sănătăţii fiinţei umane sunt două evenimente importante:

Primul concepţia, este procesul prin care ia fiinţă un nou individ în urma fecundaţiei ovulului de către spermatozoid – dacă cei doi genitori, respectiv tatăl şi mama, sunt sănătoşi şi nu transmit din patrimoniul lor genetic vreo trăsătură ereditară bolnavă; ulterior, în dezvoltare normală a sugarului rezidă în felul cum mama recunoaşte înăuntrul ei acest biosistem, unitatea dintre ea şi făt. La capitolele despre sarcină sa vorbit despre igiena psihică a gravidei. Ceea ce s-a spus despre atitudinea psihică a mamei faţă de copil este valabil nu numai în timpul sarcinii, ci şi pentru actul naşterii, în preajma naşterii, la intrarea în maternitate, în cursul „durerilor de facere” (travaliu), mama trebuie să fie pătrunsă de adevărul că naşterea este un proces fiziologic. Chiar în condiţii total fiziologice, travaliul reprezintă o solicitare considerabilă a întregului organism. O bună relaxare musculară a mamei nu se realizează într-o stare de încordare psihică. Orice femeie trebuie să pornească de la

constatarea că la majoritatea femeilor naşterea se desfăşoară normal. Bunicile şi străbunicele noastre, femeile din moşi strămoşi, au născut copi fără incidente şi accidente. Naturaleţea, firescul şi seninătatea lor au constituit sprijinul covârşitor în trecerea cu bine a acestui eveniment, care împlineşte şi dă conţinut fiinţei umane de sex feminin. Accidentele din trecut se datorau lipsei de maternităţi şi nepriceperii moaşelor empirice. Astăzi, în stadiul în care a ajuns medicina, prin condiţiile modeme din maternităţi şi prin organizarea întregii asistenţe a mamei şi copilului, toate primejdiile de odinioară au dispărut. Femeia „modernă", ruptă de tradiţiile transmise altă dată din gură în gură în orice familie de către mame şi bunici, iar pe de altă parte complicată prin angajarea în viaţa trepidantă a secolului al XX-lea este, din punct de vedere psihic şi al iniţierii, mai nepregătită decât generaţiile din trecut. Multe femei au azi e în faţa actului naşterii. Teama este întreţinută de lipsa de informare privind naşterea, de noţiuni greşite culese de la persoane neiniţiate (colege de serviciu, rude, moaşe mediocre, din filme şi romane de senzaţie care-şi condimentează deznodământul cu întâmplări tragice legate de naştere etc.).

Pe lângă frică, se mai întâlneşte uneori şi ***dorinţei de a avea copil.***

La acestea putem adăuga şi faptul că unele femei ajung să nască epuizate fizic şi psihic, prin viaţa lipsită de cumpătare trăită până atunci.

Dacă fătul adus pe lume a fost zămislit de parteneri sănătoşi, iar îngrijirile au fost

Corespunzătoare în timpul sarcinii, nu există motive de îngrijorare. Cu un obstetrician priceput şi conştiincios, care este informat asupra trecutului mamei şi asupra modului cum a decurs sarcina, chiar dacă apar situaţii neprevăzute, acesta le rezolvă rapid şi eficient. Imediat după naştere, inclusiv în situaţiile în care au survenit unele incidente, mama trebuie să aibă încredere în foiţele proprii şi să fie convinsă că prin devotamentul ei (alimentaţie la sân, dăruire permanentă, îngrijiri corecte) multe din urmările acestor incidente sau accidente se înlătură cu timpul. Despre evoluţia unui copil care a suferit la naştere nu se pot face afirmaţii categorice decât după o perioadă oarecare de timp, urmărind modul cum evoluează indicii de dezvoltare fizică, psihică şi motorie. Sunt nenumărate cazuri în care oameni celebri au prezentat o suferinţă la naştere. Ca un caz demonstrativ, citǎm din opera autobiografică „Po ***şi*** „a marelui scriitor german Goethe: „prin lipsa de dibăcie a moaşei, m-am născut aproape mort şi numai prin numeroase sforţări de tot felul am izbutit să văd lumina zilei, împrejurarea aceasta, în care rudele mele au dat dovadă de îngrijorare, a folosit concetăţenilor mei, deoarece bunicul dinspre mamă, primarul Johann Wolfgang Textor, a angajat, drept urmare a acestei întâmplări, un mamoş şi a pornit la introducerea şi înnoirea moşitului, lucru care va fi folositor multor copii născuţi după mine” 1. Goethe s-a născut la 28 august 1749. Or, moşitul să „înnoit” îndeajuns, în plus, orice mamă ar fi mândră dacă ar naşte indiferent cum, un al doilea om de valoarea lui

Goethe! De aceea femeia trebuie să fie informată şi să posede unele noţiuni despre naştere, care să-l permită să înţeleagă bine şi să urmeze prescripţiile medicului şi moaşei.

Misiunea tatălui ***înainte de naştere,*** în măsura posibilităţilor, este bine ca tatăl, deopotrivă de răspunzător de viitoarea naştere, să fie un participant activ la preparative. El are un rol de susţinere faţă de mamă. Această perioadă este tulburătoare pentru femeie. Soţul va trebui, aşadar, se liniştească, să-i insufle speranţă şi optimism. Va fi tot aşa de interesat de evoluţia fătului; la rândul ei, femeia trebuie să încerce să-l facă să participe la trăirile ei fără ca aceasta să devină o oboseală. Tatăl va fi foarte emoţionat şi angajat când reuşeşte să „prindă" mişcările fătului. În majoritatea cazurilor el arată o bucurie cu totul legitimă, când fătul „mişcă" prima dată. Când copilul este prea dorit, se întâmplă, însă, ca viitorul tată să fie prea neliniştit şi să înconjure pe soţia

Din ***„Poezie şi adevăr",*** de Johann Wolfgang Goethe, pag. 7 – 8. Trad, de Tudor Vianu, Editura pentru literatură, 1967. sa cu o solicitudine excesivă. El se teme de un gest care să fie nefast pentru făt; în loc de a fi stimulant, el poate deveni acuzator şi pisălog şi atunci soţia i se va destăinui din ce în ce mai puţin. Soţul poate avea un rol în treburile casnice ale soţiei sale, mai ales când aceasta lucrează, în zilele în care o simte mai obosită sau neliniştită, viitorul tată poate propune cu gentileţe: „odihneştete, am să prepar eu masa". Este bine ca soţia să nu refuze acest lucru!

Trebuie încetăţenită concepţia că în prezent participarea bărbatului la gospodărie să devină o obişnuinţă. Această participare este deosebit de preţioasă în perioada de aşteptare a unui copil. Pregătirea camerei se face 4 tăn doi" sau, cel puţin, cu avizul tatălui, chiar dacă el găseşte că „asta nul priveşte". El ajută la transformările care sunt adesea de făcut într-un apartament. Tatăl trebuie să trăiască aşteptările şi speranţele viitoarei mame. El are datoria să contribuie la crearea unui climat familial destins. Din păcate, din ce în ce mai mult, prezenţa unui tată este inconstantă. Nu se poate nega că absenţa paternă influenţează asupra stării psihologice a femeii însărcinate. În multe familii gravida trebuie să suporte singură neliniştile, obligaţiile casnice şi câteodată criticile. Adesea, gravida nu poate să împărtăşească îndoielile, bucuriile şi speranţele ce le are în aşteptarea copilului. Dacă mediul familial admite pe viitorul copil, izolarea este mai puţin completă. Adesea, însă, tânăra femeie este nevoită să se închisteze în singurătate din cauza dezacordurilor din familie. Câteodată, tatăl este prezent numai fizic, păstrând o atitudine distantă, un indiferenţism pentru viitoarea naştere, în astfel de cazuri, soţul este o povară suplimentară pentru femeie.

În timpul când soţia este internată în rolul soţului este destul de ingrat şi de controversat. Un tată în devenire se simte stângaci, uneori ridicol, riuşi găseşte rostul şi, ceea ce este mai trist, unii nici nu încearcă să aibă vreun rol. Orice tată trebuie să ştie că, odată cu venirea primului copil

în familie, căsătoria a intrat într-o nouă fază: de abia acum începe căsătoria adevărată; cu un mare adaos de griji, de preocupări, de cheltuieli. Mica fărâmă de viaţă va „răsturna” şi va „umple” toată casa; se vor schimba toate „tabieturile” de până acum, se va rearanja şi completa mobilierul, se va schimba programul nu numai al zilelor şi săptămânilor ce urmează, ci al întregii vieţi a celor doi parteneri. Prin copii familia capătă conţinutul său firesc şi cel mai de preţ. Prin copii începem şi noi să trăim o nouă copilărie, să creştem cu copiii noştri, să redevenim tineri. S-a vorbit multă vreme că tatăl „ajută” pe mamă în tot ce este în legătură cu copiii. Considerăm că acest rol de ajutor nu este nici suficient şi nici echitabil, într-o epocă în care ne lăudăm cu egalitatea sexelor. Rolul tatălui este de colaborare, de înhămare la „jugul” comun al creşterii şi formării urmaşilor. Fără colaborare şi împărţirea eforturilor, femeia, atât de angajată în societatea modernă, nu va putea face faţă acestei îndatoriri de bază a oricărui cuplu uman. Vizitele la maternitate în unele maternităţi tatăl este autorizat să asiste la naştere. La noi în ţară nu să încetăţenit acest obicei, în mod tradiţional, vizitele tatălui şi ale celorlalte rude sunt permise în anumite zile şi pe intervale scurte. Este indicat ca vizitatorii să fie cât mai puţini, dintre rudele foarte apropiate (dacă este posibil numai tatăl), iar vizitele să se facă în intervale şi condiţii autorizate de conducerea maternităţii. Fraţii şi surorile nou născutului, dacă sunt mici, nu vor fi lăsaţi să vină la maternitate din cauza agitaţiei lor; şcolarii pot fi purtători de boli contagioase. Rudele

şi prietenii trebuie să se arate discreţi. Este bine să se informeze despre starea de sănătate şi oboseală a mamei înainte de a se duce la maternitate. Vizitatorii vor evita să vină imediat după prânz pentru ca mama să se odihnească puţin. Ei nu vor sta mult timp, mai ales dacă sunt şi alţi vizitatori sau dacă mama este internată într-un salon comun. Chiar dacă este singură în cameră, trebuie să ne gândim că vor veni şi alte persoane, ceea ce va duce la oboseala lăuzei; adesea, în zilele de vizită mamele au puţină febră.

Cei care sunt „răciţi” (cu guturai) se vor abţine de la vizite, căci există riscul contaminării mamei şi nou născutului; o scrisoare va face tot atâta plăcere. Cum se declară copilul la Oficiul stării civile Noul cetăţean trebuie să fie declarat în primele 14 zile după naştere, în caz că nou-născutul a decedat imediat după naştere, declaraţia naşterii şi a decesului se fac concomitent, în maximum 3 zile. Această declaraţie se face la primăria locului unde s-a produs naşterea pe baza buletinelor de identitate ale ambilor părinţi, a certificatului de căsătorie şi a certificatului constatator de naştere la maternitatea unde a avut loc naşterea. Această formalitate poate fi îndeplinită de tată. Nou-născutul va purta numele tatălui în cazul unei căsătorii legale; în cazul unei „căsătorii nelegitime”, nou-născutul va primi numele tatălui dacă acesta îl „Recunoaşte”, iar în caz contrar – pe al mamei Recunoaşterea se poate face fie la maternitate, fie la Primărie.

Domiciliul legal al copilului va fi domiciliul

legal şi permanent (nu flotant) al mamei.

1.2.2. Ce ***trebuie se ştie despre nou-născut***

1.2.2.1. ***Nou-născutul sănătos***

După ce fătul a fost expulzat din uterul mamei, medicul obstetrician curăţă cu ajutorul unei sonde căile respiratorii superioare de mucozităţi şi de resturile de lichid amniotic, în acel moment copilul ţipă puternic şi respiră aer pentru prima dată, în corpul său căile respiratorii şi alveolele, care în uter nu au avut nicio funcţie, se desfăşoară, începe să circule sângele şi cordonul ombilical devine inutil. Declanşarea imediată a respiraţiei în afara uterului, are o influenţă enormă asupra organismului. Este o fază critică în viaţa oricărui om şi care trebuie să se desfăşoare rapid şi fără dificultăţi.

La examenul clinic rapid din sala de naştere, medicul verifică dacă nou-născutul prezintă vreo malformaţie vizibilă, testează unele reflexe (supt), ascultă inima şi plămânii, verifică organele genitale.

Nou-născutul este cântărit şi măsurat. Cei mai mulţi nou-născuţi, sănătoşi şi la termen, cântăresc între

2.800 g şi 4.000 g (în medie fetele 3.300 g şi băieţii

3.400 g) şi au o lungime de 48 – 54 cm (fetele în medie 50 cm, iar băieţii 51 cm). Dimensiunile sunt în general dependente de constituţia mamei. Ele sunt condiţionate ereditar şi mai puţin de alimentaţia din cursul sarcinii. Mamele înalte şi solide au copiii mai mari, iar cele slabe au copiii

mai mici.

Semnele maturaţiei corpului sunt: greutate şi lungime normale, un perimetru cranian de circa 35 cm egal sau cu 1 – 2 cm mai mult decât perimetrul toracic (de cele mai multe ori). Nou-născutul la termen are o bună dezvoltare a ţesutului gras de sub piele, o piele roză, cu resturi de secreţii brânzoase O, şi acoperită pe alocuri cu un perişor fi (***lanugo).*** Unghiile degetelor de la mâini şi picioare sunt la nivelul sau depăşesc vârfurile. La băieţi testiculele sunt mari şi se pot pipăi în scrot. La fete labiile (buzele) mari acoperă pe cele mici. Nou-născutul ţipă viguros, dă din picioare şi suge bine (vezi „îngrijirile nou-născutului în sala de naştere".

– pag. 28).

TABELUL 1.1

GHID DE EVALUARE A NOU-NĂSCUTULUI (după Nancy Coulter)

Normal	***Tulburări minore Variaţii comune***	***Tulburări majore Probleme potenţiale***
Măsurători Lungime: 45 – 55 cm Greutate: 2.5004.600 g Circumferinţa capului:	Scade 10% din greutate în 3 – 4 zile; recuperează în 10 zile	Circumferinţa capului peste 4 cm faţă de torace (suspiciune de hidrocefalie) Circumferinţa capului cu

33 – 37 cm Circumferinţa toracelui: 30 – 33 cm		mult sub a toracelui (suspiciune de micro cefalie)

Poziţie. Mişcări „Poziţie fetală”; capul este flectat exuberanţe fletate pe abdomen („tripla flexie”). Dezvoltare şi poziţie simetrică a membrelor omoloage	Coapse în abducţie rotate extern; picioare şi capul în extensie	Hipotonie sau dimpotrivă extensia extremităţilor

Piele Culoare roză Epiderma este moale, fină, netedă. delicată ; după 3 – 4 zile mai uscată, adesea cu descuamări Vernix caseosa Lanugo Turgor ul este prezent	Icter după 24 ore Acrocianoză Milia Eritem toxic (rush, roşeaţă difuză) Culoare schimbătoare – arlechin Pete mongoliene Cutis marmorata Nevi telangiec tătici („muşcătură de barză”) Peteşii sau echimoze cauzate de traumatismul naşterii	Icter în primele 24 ore Cianoză centrală, generalizată Vernix caseosa excesiv (indicaţi e de pre maturitate) Vernix caseosa absent (sarcină depăşită) Turgor cutanat slab Peteşii persistente, generalizate Colecţii purulent e ce apar după câteva zile (infecţii)
Craniu Fontanela anterioară la 5 cm; rotundă sau rombică	Fontanela a III-a sagitată Capul succedaneum Cefalhematom	Fontanel e bombate sau deprimate Suturi lipite

Fontanela peşteri o ară: 0,5 – 1 cm (triunghiulară) Fontanele: plate, moi		

Ochi Ochi de regulă sunt închişi Pleoapele frecvent edematţiate Culoarea este grialbastră sau gricăprui	Conjunctivită chimică (după medicamente) Hemoragie subconjunctivală Pseudostrabism	Secreţie purulentă Cataractă congenitală Pliu mongolian Nu urmăreşte
Urechi Inserţie cu margine a superioară la nivelul ochilor Cartilaj	Lipsa cartilajului ca semne de prematu citate	Inserţie joasă (ca semn de anomalie cromosomică şi/sau renală

palpabil		
Nas Fose nazale prezente Secreţie mucoasă albă, subţire		Narine neperforate Secreţie anormală

Gură. Faringe Palat intact Salivaţie minimă	Inclusiuni chistice (perle Epstein) Dinţi congenitali	Despicătura buzei şi/sau palatului Nu trece tubul nasogastric Limbă mare, profuză Salivaţie în exces
Gât Gâtul este scurt şi gros Mişcările laterale de ambele părţi, anterioare şi posterioare sunt posibile		Cute excesive ale pielii Mişcări limitate Hiperextensie
Torac	Mameloa	Tiraj intercostal

e Coaste flexibile Apendice xifoid observabil	ne supra numerare Glande mamare mărite Secreţie lactată („lapte de vrăjitoare”) Pectus excavatus (torace în pâlnie)	Expansiune asimetrică Eritem perimame lonar Stern înfundat Mameloane latera lizate

Plăinâ ni Murmurul vezi cular se aude Numărul de respiraţii: 40 – 60/ minut Respiraţia abdominală este prezentă	Apnee de 6 – 15 secunde Respiraţie periodică Raluri la auscultaţie	Murmurul vezicular este asimetric Apneea depăşeşte 15 secunde Dispnee, tahipnee, geamăt

Respiraţiile sunt neregulate		
Inimă 120 – 140 bătăi/ minut Ritm regulat Vârful este în spaţiul IV intercostal stâng, lateral de linia mediocla viculară Zgomotele I şi îl net audibil	Sufluri Bătăile inimii: 100120 pe minut 140 – 180 bătăi/ minut în activitate	Vârful inimii plasat în altă zonă Cardiomegalie Tahicardie Bradicardie

Abdomen Cilindric, protruzic (iese în afară) Bontul ombilical la	Hernie ombilicală Mişcări peristaltice vizibile Distensie	Distensie Balonare pe flancuri Bont ombilical inflamat, infectat Formaţiuni abdominale anormale Distensie abdominală şi după micţiune Puls femural absent, inegal

naştere este alb albăstrui, lucios; după 24 ore gal benbrun; uscat; cade în 7 – 14 zile Ficatul este palpabil 2 – 3 cm sub marginea coastelor Splina se simte uneori subcostal stâng Rinichii se palpează la 1 – 2 cm supra şi lateral de ombilic Pulsul femural este prezent	vezicală – glob vezical în zona suprapubiană

Organe genitale me Ambele testicule palpabile Orificiul uretral în capul penisului Smegmă prezentă Prepuţ aderent la gland; greu de retractat	isculine Testicule palpabile în canalul inghinal Prepuţ neretractabil Hidrocel Scrot mic Hernie inghinală Erecţie	Testicule nepalpabile Hipospadias Epispadias
Organe genitale fier Labiile	ninine Pseudomenstruaţie	Labii fuzionate Impenetrare vaginală

mici mai mari decât cele mari Vernix caseo sa între labii Labiile şi clitorisul sunt edemaţiate Meatul urinar este greu vizibil Himen prezent		

Anus Orificiul anal prezent, normal plasat		Anus imperforat

Sistem heletic

muscularsc		
Coloana vertebrală intactă, fără curburi accentuate, fără deschideri Motricitate normală a membrelor inclusiv ale şoldurilor Plante („picioare”) plate Extremităţi sime	Pliu simian în palmă Tremor ocazional	Spin Polidactil Sindactili de şold 1. ab duene 2. Se „clic”. la (semnul 3. inegală 4. gluteale i
trice Nu ţine capul (oblic) posterior Tripla flexie a membrelor		Hipotonie Paralizii Tremurături, mi-o clonii
Sistem nervos		
Reflexe prezente: clipit, pupilar, a pucare, Babinski. Moro, gât tonic, păşit (mers	Răspunsuri variabile	Hipotonie Reflexe asimetrice sau absente Extensia (hipertonia) extremităţilor

automat), târâre, „ochi de păpuşă”.		

1.2.2.2. Prematurul

Când un nou-născut vine pe lume înainte de a 37-a săptămână de sarcină, este de regulă un prematur. Greutatea la naştere este de 2.500 g şi/sau mai puţin. Cu cât greutatea la naştere este mai mică, cu atât dificultăţile sunt mai mari. Funcţiile sale vitale ca: respiraţia, digestia, reglarea temperaturii corpului şi apărarea împotriva infecţiilor sunt deficitare. Prematurii se împart în diferite grupe: – Greutatea la naştere între 1 şi 2 sau cu naştere după a 30-a săptămână de sarcină. Datorită marilor progrese survenite în ultimul timp în medicină nou-născutul (***perinatologie*** – socotită în intervalul dintre sfârşitul celei de a 28-a săptămâni de sarcină şi a 7-a zi de viaţă), 95% dintre aceşti nou-născuţi supravieţuiesc în prezent, se dezvoltă fără complicaţii şi vor fi normali.

– Greutate la naştere între 1 şi 1.500 g sau naştere din a 27-a până în a 30-a săptămână de sarcină. Supravieţuirea acestor prematuri este între 70 şi 90 procente, în timp ce cu 15 ani în urmă numai circa 30 din 100 nou-născuţi puteau fi salvaţi. La 10 – 15 procente dintre copiii care supravieţuiau apăreau în cursul evoluţiei tulburări neurologice.

– ***Greutate la naştere sub 1.000 g sau mai puţin de 27 săptămâni de sarcină.*** Prematurii

din această grupă supravieţuiesc, îndeosebi cei cu o greutate de 800 până la 1.000 g, în proporţie de 40 – 50 procente. Şansele pentru aceşti prematuri depind de gradul de dotare a aparaturii medicale şi de calificarea personalului de la terapia intensivă. Circa 20% din cei care supravieţuiesc rămân cu, tulburări de dezvoltare a corpului şi psihicului. Cei care se nasc cu greutate sub 750 g prezintă riscul unor leziuni neurologice grave.

Gradul nematuraţiei se recunoaşte după anumite semne exterioare: ...).

Lungimea corpului de 47 cm şi mai, cu proporţii mici, dar cu un cap neobişnuit de mare (raportul înălţimea craniului faţă de lungimea corpului 1 la 3, faţă de 1/8 cât este la adult). ***Piele zbârcită, roşie.*** Ţesutul de sub piele nu este dezvoltat sau este foarte subţire; vasele de sânge se văd prin piele; aproape tot corpul este acoperit cu o piele cu un perişor foarte fin (lanugo).

Pavilioanele urechilor sunt, ca urmare a neformării cartilajelor; ***unghiile*** de la degetele mâinilor şi picioarelor sunt subţiri şi nu ajung la vârfuri; ***pielii*** tălpilor sunt slab prontmţate.

La fetiţe, micile labii (buze) nu sunt acoperite de marile labii.

– ***La băieţi*** sacul scrotal este mic, testiculele nu sunt coborâte şi nu pot fi pipăite în scrot, ci în abdomen sau pe canal.

Slăbiciunea şi tulburările funcţiilor organice fac ca viaţa şi sănătatea prematurului să fie primejduite. De aceea, până când se ajunge la o oarecare maturaţie, nou născutul cu prematuritate

de gradul II şi III este pus într-un fel de lădiţă (incubator), plasată într-o secţie de terapie intensivă. Incubatorul este un fel de uter artificial în care cu mijloace medicale se încearcă să se asigure pentru o perioadă lungă condiţiile oferite fătului în corpul mamei. El constă dintr-o construcţie specială, cu un înveliş de plastic, unde poate fi supravegheat. Instalaţii speciale asigură o temperatură constantă (la început 36°C, mai târziu se coboară la 32°C), o anumită umiditate (50 – 60 procente) şi un anumit conţinut în oxigen în aerul de respirat (21 procente). Pentru a putea fi mai bine observat, nou-născutul este acoperit numai cu un scutec. Uneori se adaugă o căciuliţă tricotată şi botoşei pentru a fi mai bine apărat de răcire. Instalaţia unui incubator este destul de complicată, cu monitorizare ce reasigură şi reglează bătăile inimii, mişcările respiratorii, conţinutul în oxigen al sângelui, cu sisteme automate de alarmă, îndeosebi concentraţia oxigenului în sânge trebuie controlată sub monitor, deoarece lipsa de oxigen duce la leziuni ale creierului. Pe de altă parte, prea mult oxigen în sânge (hiperoxie) constituie un pericol pentru ochi cu lezarea retinei

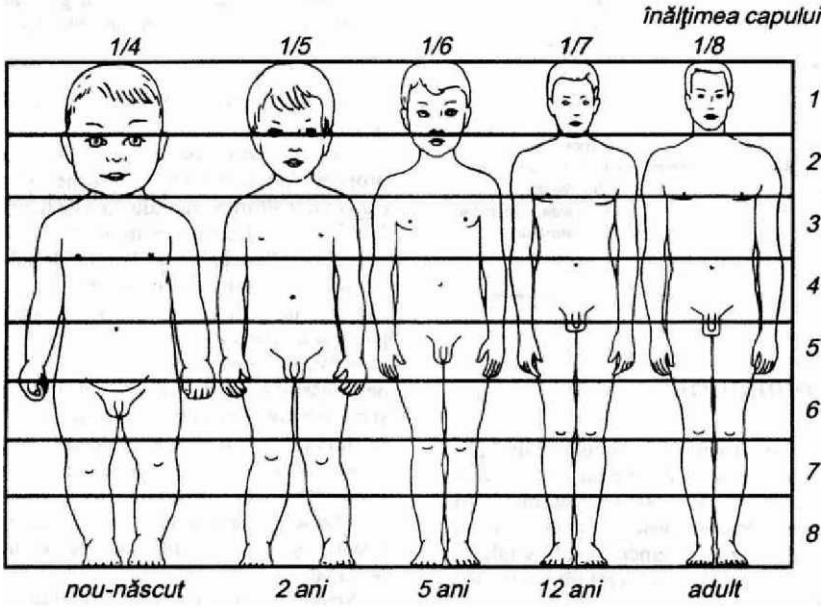


Fig. ***1.7***-Proporţiile corpului în funcţie de vârstă. Se observă „ascensiunea” ombilicului şi a simfizei, precum şi conformaţia picioarelor la diferite vârste (picioare în „O”, respectiv în „X”) – după P. Grossmann.

(fibroplazie retroletală). În caz de tulburări grave ale respiraţiei (respiraţie neregulată, stop respirator) fie prin imaturitatea centrului respirator, fie primtro îmbolnăvire a plămânilor, nevoile de oxigen se vor asigura prin intubaţie (un tub de cauciuc care se introduce prin nas până la trahee – intubaţie endotraheală – şi care este legat cu mici tuburi de aparatul pentru respiraţie).

Mulţi prematuri nu au încă reflexul de supt şi înghiţit, nu au putere să bea. Pe de altă parte stomacul are o capacitate mică, iar intestinul nu poate prelucra hrana. Aceşti prematuri vor fi alimentaţi prin sondă gastrică. Ei primesc laptele

în mici porţii printr-o sondă de cauciuc care îl duce de la nas până în stomac. La prematurii cei mai mici este necesară alimentaţia artificială, care constă în introducerea de substanţe nutritive sub formă de infuzii printr-o venă direct în sânge. Compoziţia substanţelor nutritive şi a mineralelor importante pentru viaţă trebuie calculate cu grijă, în funcţie de nevoile copilului şi pe baza examenelor zilnice ale sângelui. Folosirea acestor soluţii nutritive se va face cu păstrarea riguroasă a măsurilor de igienă. Niciun microb nu trebuie să ajungă în corpul copilului, deoarece se pot produce infecţii grave. Prematurii nu sunt încă apţi pentru a lupta împotriva îmbolnăvirilor. Bolile infecţioase ca infecţiile plămânilor (pneumonia), inflamaţia intestinelor (diareea), infecţiile rinichilor (pielonefrita), trecerea microbilor în sânge (septicemie) şi inflamaţia învelişurilor creierului (meningită) pun în pericol mare viaţa copilului. Când prematurul a ajuns să nu mai aibă nevoie de sondă gastrică şi poate să bea singur din biberon sau chiar să sugă la sân, trebuie să primească cel mai bun aliment şi anume laptele mamei sale. Acesta se potriveşte cel mai bine nevoilor alimentare ale prematurului.

Cu mijloacele tehnice specializate şi cunoştinţele modeme despre diagnostic şi tratament se pot asigura nevoile corporale ale organismului nematurat. Pe lângă acestea, este important pentru dezvoltarea prematurului şi participarea fizică şi psihică a mamei. Mama nu numai că are voie, ci trebuie să viziteze zilnic pe copil. Atunci când prematurul a ajuns la gradul de

maturitate încât să renunţe la incubator, mama va participa la îngrijirile ce se impun. Ea poate de acum nu numai să-l vadă, ci să-l îngrijească, să-l alimenteze, să-l mângâie, să-i vorbească, natural, respectând strict prevederile igienice. Dacă şi-a putut păstra laptele (prin muls sau extragere cu pompa), îl va pune la sân.

Când prematurul a ajuns să cântărească circa 1.800 g, are o temperatură constantă şi poate să respire normal, va fi scos din incubator şi plasat în pat (uneori încălzit). Acum mama poate alăpta singură pe sugar, dacă acesta are putere să sugă.

Când prematurul cântăreşte 2.500 sau 3.000 g, este sănătos şi suge bine, poate fi lăsat acasă.

1.2.2.3. Dismaturul (Smallfor-date babies, Mangelgeburt) Unii nou-născuţi cântăresc la naştere chiar mai puţin de 2000 g, deşi sunt aduşi pe lume la termen (după 40 săptămâni de sarcină). Ei se numesc ***dismaturi*** sau ***hipotrofici („Smallfor-datebabies****",44").*

Cauzele dismaturităţii sunt foarte diferite: o proastă funcţie a placentei datorită unei toxemii gravidice, o hipertensiune arterială, infecţiile, tabagismul, alcoolismul, o sarcină la o primipară în vârstă etc. Adesea, nu se poate descoperi nicio cauză. Dismaturii sunt copii fragili şi la ei survin adesea hipoglicemii şi/sau hipo calcemii (scăderea bruscă a glucozei şi calciului în sângele lor). Mortalitatea perinatală este mai mare decât la copiii eutrofici.

Dezvoltarea sistemului nervos central este legată de vârsta gestaţiei şi nu de greutatea corporală, aşa că aceşti nou-născuţi au parametri

normali ai dezvoltării psihomotorii. Ei nu necesită îngrijiri intensive, ci numai mai multă dragoste, căldură şi hrană (mese mai dese cu alimente corespunzătoare).

* * *

1.2.3. Îngrijirile nou-născutului în maternitate Activitatea pediatrului începe în sala de naştere, în unele maternităţi pediatml asistă la naştere, mai ales când este vorba de o sarcină cu risc crescut.

În cea mai mare parte a cazurilor (90%) naşterile nu pun probleme de îngrijiri deosebite (reanimare etc.). Orice nou-născut poate să se nască cu unele deficienţe neaşteptate (malformaţii, circulară de cordon, întârzierea primei respiraţii, bătăi ale inimii sau mişcări respiratorii anormale etc.). La unele sarcini cu risc medicii se aşteaptă însă să survină 44 probleme". La astfel de situaţii este necesară o echipă specializată, gata să intervină (medicii reanimatori au deja mâinile dezinfectate, iar materialul de reanimare este pregătit). La reanimarea nou-născutului, medicii se vor lupta cu timpul, contra cronometru, cu anoxia (lipsa de oxigen), acidoza, răcirea corpului, infecţia şi/sau colapsul). ***Factorii de risc.*** Dintre numeroasele situaţii care necesită prezenţa pediatrului amintim:

– Sarcinile premature şi postmature;

– Sarcinile gemelare;

– Bolile fătului suspectate prin semne clinice sau prin examenul ecografic;

– Unele boli ale mamei (diabet etc.);

– Dificultăţi obstetricale: placenta praevia, hematomul retroplacentar, travaliul prelungit şi dificil, expulsia prelungită, circulara sau proccidenta de cordon, aplicarea de forceps etc.

Suferinţa fătului poate fi depistată în timpul naşterii prin încetinirea ritmului cardiac sau culoarea anormală a lichidului amniotic.

Aspectul nou-născutului în momentul naşterii, pielea nou-născutului are o coloraţie roşie intensă şi este acoperită, mai mult sau mai puţin, cu un strat gros de grăsime ***caseosa).*** Acest prim aspect înspăimântă pe unele mame. Vederea cordonului ombilical (lung, gros, gelatinos) surprinde. Odată debarasată de stratul de grăsime, pielea nou născutului este moale şi catifelată. La unii nou-născuţi (mai ales la cei născuţi după termen) pielea este lucioasă sau uscată, zbârcită, descuamată, iar palmele şi tălpile au pielea umedă, încreţită, ca mâinile de „spălătoreasă”. Primele ţipete impresionează; totuşi, ţipetele din primele secunde constituie primul semn că nou-venitul pe lume este sănătos; ele declanşează prima respiraţie, plămânii se destind şi aerul năvăleşte înăuntru, furnizând oxigenul indispensabil vieţii. Ulterior mama va fi întrebată adeseori de către medicii care vor îngriji copilul despre momentul apariţiei primului ţipăt, deoarece acesta constituie un criteriu major de depistare a unei suferinţe la naştere. Primul ţipăt întârzie la fătul la care a intervenit un factor vătămător în timpul naşterii sau sarcinii: hemoragii ale creierului, traumatisme, circulară strânsă de cordon, poziţie vicioasă a fătului în

uter, angajare anormală şi expulsie dificilă, obstruarea căilor respiratorii cu lichid amniotic sau secreţii din căile genitale ale mamei, unele medicamente (anestezice, narcotice) administrate în timpul naşterii, aplicarea de forceps, imaturitate a centrilor respiratori, malformaţiile pulmonare, extracţia prin ***vacuum,*** depăşirea termenului de gestaţie, precum şi unele boli ale mamei (toxicoza, unele infecţii, diabetul etc.). Dacă prima respiraţie nu se declanşează, lipsa de oxigenare este urmată de suferinţa creierului şi adesea, de perturbări grave ale funcţiilor vitale ale organismului, dacă nu se iau măsurile necesare în timp util. Aspectul nou-născutului surprinde şi prin mărimea capului, care reprezintă un sfert din lungimea corpului, spre deosebire de adult la care reprezintă numai o optime din lungime.

a) ***Părul*** este, în general, de culoare închisă. Alteori capul este complet chel. Câteodată părul este destul de lung, lucios, stufos, încâlcit. Expresia feţei poate să se schimbe. Se remarcă adesea, chiar de la început, o asemănare mai mică sau mai mare cu părinţii. Este falsă opinia că toţi nou-născuţii se aseamănă şi că nu există nicio deosebire între ei.

b) ***Ochii.*** Nou-născutul, trezit din somn, stă cu ochii închişi şi prezintă adesea o tumeflere (umflare) a pleoapelor; el evită lumina şi de aceea lăuza cu greu poate aprecia culoarea lor. Ochii au o tentă cenuşiu închisă, chiar la nou-născuţii care vor avea mai târziu ochii albastrudeschis.

c) ***Nasul*** este mic, turtit, împestriţat de puncte albe gălbui – glande care secretă grăsime

şi al căror canal excretor este astupat ***(milium).***

d) ***Gâtul*** este scurt, pieptul bombat, abdomenul uşor scobit (în momentul naşterii, ulterior se destinde).

e) ***Braţele şi gambele*** sunt scurte şi ghemuite, amintind de poziţia din uterul mamei.

Adaptarea nou-născutului după naştere De felul cum decurge naşterea şi de capacitatea de adaptare a funcţiilor vitale ale organismului depinde, în mare măsură, starea de sănătate din tot restul vieţii. Naşterea supune pe făt la o probă extraordinară. Până acum el era protejat, prin lichidul amniotic şi ţesuturile materne, de toate traumele mecanice, dezvoltându-se la o temperatură constantă. Aportul substanţelor necesare vieţii era asigurat de către placentă. Produsele de metabolism erau îndepărtate din organismul fetal, pe aceeaşi cale, în organismul mamei şi evacuate prin organele excretorii (plămâni, ficat, rinichi) ale acesteia. După naştere, nou-născutul intră într-un mediu nou de viaţă, impunându-i-se dintr-odată un şir întreg de sarcini, ce cad în seama unor organe care nu funcţionau înainte de venirea sa pe lume (plămâni, piele). La cei mai mulţi dintre nou-născuţi, adaptarea la noile solicitări se face fără nicio dificultate, lucru ce poate fi definit ca una dintre minunile vieţii. Cu toate acestea, se poate afirma că puiul de om este mai vulnerabil şi mai neputincios decât puii tuturor celorlalte mamifere; fără îngrijiri cu totul speciale, el nu ar fi în stare să facă faţă singur condiţiilor grele de adaptare la viaţa extrauterină.

Cu patrimoniul ereditar transmis de părinţi, funcţiile diferitelor organe, care sunt în stare de nematurare în momentul naşterii, se vor dezvolta sub acţiunea diferiţilor factori ai mediului exterior, până la deplina lor înflorire, asigurând omului independenţa şi poziţia sa dominantă în natură.

Îngrijiri în sala de naştere

Imediat după expulsie se efectuează dezobstruarea căilor respiratorii superioare, prin aspirarea cu ajutorul unei sonde sterile a mucozităţilor şi lichidului amniotic din gură, faringe şi nas. În minutele care urmează se face rapid evaluarea stării nou-născutului (scorul Apgar), apoi secţionarea şi ligaturarea cordonului ombilical şi profilaxia conjunctivitei (oftalmiei) gonococice (vezi pag. 29). ***Scorul Apgar*** (în unele manuale „indicele" sau „cifra") permite o informare rapidă şi cuprinzătoare asupra adaptării funcţiilor vitale la condiţiile de viaţă extrauterină.
SCORULAPGAR

Numărul punctelor	***O***	***1***	***2***

Colorația tegumentelor	Albastre sau palide	Trunchiul rozat.	Coloraţie rozuniformă
Mişcările respiratorii	Absente	extremităţi albastre	Regulate, plâns viguros
Bătăile inimii	Absente	Neregulate.	Peste 100/ minut
Tonusul muscular	Flasc	slabe	Tonus bun, membrele se flectează complet, mişcări active
Reflectivitatea (se cercetează prin reacţia nou născutului la excitanţi: reacţia la sonda de dezobstruare sau de administrare a oxigenului)	Absentă	Rare, sub 100 pe minut Tonus moderat, extremităţile se flexează incomplet Strâmbă faţa (grimasă)	Ţipăt, tuse sau strănut

S-au propus diferite metode pentru a se aprecia starea sănătăţii unui nou-născut imediat după naştere. Metoda cea mai răspândită la ora actuală este determinarea scorului Apgar, numit astfel după numele doctoriţei Virginia Apgar, care

a imaginat acest test în 1953, în SUA. Parametrii de urmărire sunt: culoarea pielii; mişcările respiratorii (funcţia respiratorie); bătăile inimii (funcţia circulatorie); tonusul muscular; reflectivitatea (răspunsul la anumiţi excitanţi) (tabelul 1.2). Fiecare din aceste elemente este cotat de la o la 2. De exemplu, absenţa bătăilor inimii este cotată cu O, în timp ce tahicardia fiziologică de 100/minut este cotată cu 2. Scorul normal este egal cu 10. Cu cât scorul este mai mic, cu atât starea nou-născutului este mai rea. La nou-născutul normal, înregistrarea scorului Apgar se face la 1 minut cu note de la o la 2 pentru fiecare parametru menţionat. La nou-născuţii cu probleme se face şi la 2,5 şi 10 minute. Este util ca mama să cunoască ce „notă" a obţinut nou-născutul la naştere.

După naştere, imediat se dă drumul unui cronometru. În acelaşi timp este dus repede pe masa de reanimare unde se asigură îngrijirile. Sunt absolut necesare: o sursă de căldură şi un material de aspiraţie steril.

Dezobsâruarea (permeabil căilor respiratorii superioare. Imediat după naştere medicul sau asistenta de obstetrică după ce sau spălat pe mâini, ascultă inima şi (oricare ar fi starea nou-născutului), dezobstruează căile aeriene superioare prin aspirarea secreţiilor din faringe, gură şi nările nasului cu ajutorul unor sonde sterile din polietilen. ***Îngrijirea ochilor.*** Wilhelm Crede (Leipzig) a instaurat în 1834 tehnica cu instilarea de picături de nitrat de argint cu scopul de a evita îmbolnăvirea de conjunctivită

neonatală datorită blenoragiei mamei, în timpurile acelea, această boală atingea 12 – 15% din nou născuţi şi 20 – 70% din copiii orbi. Boala era produsă de gonococ, microb descoperit de Neisser în 1883. Crede preconiza instilarea unei singure picături de nitrat de argint 2%. Această metodă poate antrena o conjunctivită chimică şi, de aceea, se foloseşte mai des soluţia proaspătă de nitrat de argint 1%. În prezent se foloseşte în multe maternităţi colire cu triantibiotice, care sunt tot aşa de eficace, dar care pun teoretic riscul sensibilizării alergice.

Îngrijirile cordonului ombilical. Cordonul ombilical se compune din vase de sânge şi vase limfatice, înglobate într-o substanţă gelatinoasă. Cordonul secţionat expune nou-născutul la două riscuri: hemoragia şi infecţia, care impun două gesturi: legarea şi asepsia. Ligatura cordonului se poate efectua în două feluri:

– Ligatura cu o aţă (nylon sau mătase) cu un nod solid;

– Ligatura cu pensa Barr: fie pensă metalică şi refolosibilă după sterilizare, fie pensă din material plastic, sterilă, gata de folosit şi cu folosinţă unică.

Cleştele are avantajul simplităţii de folosire. Totuşi, greutatea sa favorizează tracţiunile pe inelul ombilical. Materialul plastic ar constitui după unii medici un mediu de cultură favorabil creşterii microbilor.

Asepsia cordonului ombilical este primordială; alcoolul 70 – 90% este un bun dezinfectant, dar este incolor, de aceea se prepară

cozină alcoolică 2%. Culoarea roşie, alături de impactul psihologic, permite să ne dăm seama dacă s-a făcut dezinfecţia.

Pansamentul ombilical constituie obiectul multor controverse. Se recomandă aplicarea unei simple comprese sterile menţinută printr-un adeziv neiritant, întrucât leucoplastul ce se găseşte la noi este iritant, se preferă legarea clasică. Se foloseşte o compresă sterilă, aplicată pe bontul ombilical. Dacă bontul este zemuind, se curăţă în prealabil cu alcool 70° sau cu cozină 2%.

În ţările anglo-saxone se abţin de la orice pansament, mulţuminduse să se aplice un antiseptic la fiecare schimb.

Această atitudine are avantajul de a preveni orice maceraţie şi de a favoriza o desicaţie rapidă. Este necesară însă o igienă riguroasă, cu lenjerie curată şi schimbată la timp.

La noi în ţară banda ombilicală a intrat în tradiţie, fiind socotită de neînlăturat.

Îngrijirile pielii. Aşa cum s-a văzut mai sus, la naştere pielea este acoperită cu un strat mai mult sau mai puţin important de ***vernix,*** care este un fel de unsoare protectoare bogată în vitamine.

Unii pediatri îl înlătură printr-o spălare rapidă; alţii îi găsesc virtuţi binefăcătoare, preferând să-l lase să fie resorbit de piele. Ultima soluţie, mai logică şi mai naturală, pare cea mai bună. Baia precoce prezintă riscul răcirii corpului, iar folosirea săpunului ar fi responsabilă de eritemul toxialergic ce apare în primele 24 – 48 ore.

Evitarea pierderii de căldură are o

importanţă deosebită la nou-născut. S-a constatat o corelaţie sigură între scăderea temperaturii rectale în decurs de o oră şi mortalitate. Dacă maternitatea nu este dotată cu o masă de reanimare încălzită electric, menţinerea temperaturii corporale se realizează cu ajutorul unui radiator plasat în apropierea nou-născutului şi prin învelirea acestuia în scutece încălzite în prealabil.

Tot în sala de naşteri nou-născutul este cântărit, se fixează o brăţară de identificare (pe care se înscrie acelaşi număr ca la mamă), şi i se face un examen clinic rapid de către medicul pediatru, îngrijirile şi observaţia asistentei de copii din secţia de nou-născuţi trebuie să se bazeze pe o schemă, pentru a nu se trece cu vederea niciun amănunt. Trecerea nou-născutului în salonul de nou-născuţi se face imediat după efectuarea îngrijirilor amintite mai sus. Aici va fi instalat într-un pătuţ încălzit în prealabil (scutece încălzite, sticle cu apă caldă). Dacă mai are încă secreţii în căile respiratorii superioare, se vor aspira din nou, aşezându-l cu capul în poziţie declivă într-un unghi de circa 15°. Se vor verifica din nou sexul, identitatea şi greutatea. După termometrizare, va fi înregistrat în registrul secţiei de nou-născuţi.

1.2.4. hiddenţe fiziologice

Scăderea „fiziologică” sau „în greutate.

Nou-născutul prezintă o scădere în greutate între prima şi a cincea zi de viaţă, care este în medie de 6% din greutatea iniţială, cu limite extreme între 3% şi 1 %. Proporţia scăderii în

greutate este în funcţie de:

a) momentul când începe alăptarea; b) greutatea iniţială a nou-născutului (la cei cu greutate mai mare la naştere scăderea este mai mare); c) instalarea secreţiei lactate la mamă; d) îngrijirile acordate în primele zile (cantitatea de lichid administrat, temperatura mediului înconjurător, respectarea repausului nou-născutului); e) starea de sănătate (cei bolnavi pierd mai mult în greutate). Scăderea fiziologică în greutate este un fenomen natural. Dacă greutatea nu se recuperează până la vârsta de 2 săptămâni, înseamnă că nou-născutul este subalimentat sau bolnav.

Icterul fiziologic, în a 2-a – a 4-a zi de viaţă poate apărea o îngălbenire a pielii şi a mucoaselor (ochi), care se accentuează până în ziua a 4-a – a 5-a şi dispare în 1 – 3

săptămâni. Icterul este mai intens pe faţă şi torace. Când coloraţia galbenă este pronunţată, nou născutul este somnolent şi suge mai greu. Culoarea icterică este determinată de creşterea bilirubinei din serul sanguin; aceasta este eliberată prin distrugerea globulelor roşii (hemoliză) şi nu poate fi prelucrată decât foarte încet de către ficatul nou-născutului, încă insuficient maturat. Icterul fiziologic este un fenomen absolut normal, care se manifestă cu intensitate diferită la majoritatea (85%) nou-născuţilor. Când icterul apare din prima zi, este intens şi rapid progresiv, este vorba de o boală ce necesită un tratament de urgenţă. De asemenea, dacă icterul persistă peste 3 săptămâni, va fi

chemat medicul, deoarece poate fi vorba de o stare patologică (boli de ficat, de sânge sau foarte rar un icter cu urmări neurologice grave – icterul nuclear). ***Criza genitală.*** Trecerea unor hormoni materni în organismul fetal explică unele mici modificări trecătoare observate la nou-născut. Cea mai frecventă este criza genitală, exteriorizată prin modificări ale glandelor mamare şi ale organelor genitale.

a) ***Glandele mamare.*** La 3 – 4 zile după naştere, la aproximativ 40% dintre nou-născuţii de ambele sexe, glandele mamare se întăresc, atingând uneori 3 – 4 cm în diametru; la apăsare, se scurge un lichid lăptos asemănător colostrului. Această modificare este lipsită de pericol, dar dacă se stoarce glanda mamară, aceasta se măreşte şi mai mult, riscă să se infecteze şi să devină sediul unui proces purulent. Mameloanele se îngrijesc cu delicateţe, în condiţii de sterilitate. Dacă roşeaţa este vie şi din mameloane se scurge un lichid lăptos, se aplică sub cămăşuţa sugarului tampoane mici de vată sterilă, care se fixează cu o bandă de tifon asemănătoare cu cea folosită la ombilic (nu se fixează cu leucoplast, care irită pielea şi favorizează extinderea inflamaţiei). Mărirea de volum a glandelor mamare atinge maximum la sfârşitul primei săptămâni de viaţă şi se poate menţine de la câteva zile până la câteva săptămâni sau luni

(fig. 1.8).

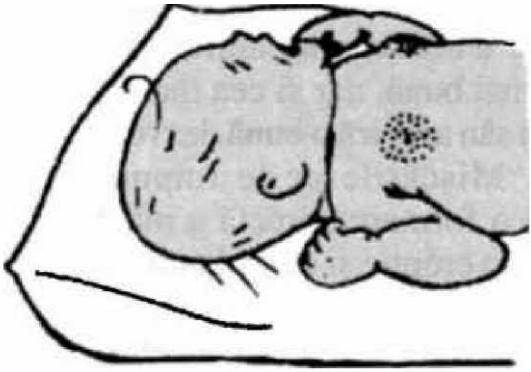


Fig. l. SCriza hormonală mamelonară.

b) ***Sângerări şi secreţii vaginale.*** Acelaşi substrat este la baza micilor sângerări vaginale sau a apariţiei unor simple secreţii vaginale formate din mucus, eritrocite şi celule epiteliale („vulvovaginită des cuamativă”). Este suficientă o toaletă zilnică a regiunii vulvare, efectuată cu comprese sterile (nu vată din care rămân fire!) înmuiate în apă fiartă şi răcită. Este cu totul inutilă aplicarea de unguente cu antibiotice.

c) ***Mărirea testiculelor.*** La băieţi poate apărea o ***mărire a testiculelor*** şi chiar un început de spermatogeneză. ***Descuamaţia fiziologică,*** încă din viaţa intrauterină şi continuând cu primele săptămâni de viaţă, se produce o desprindere de scuame din straturile superficiale (stratul comos) ale epidermului. Această descuamaţie poate fi discretă, sub formă de scuame mici, asemănătoare cu tărâţa (furfuracee) sau extrem de pronunţată, în fâşii (lambouri, descuamaţie laterală), mai ales pe trunchi, pe palme şi plante (tălpi). Modificările acestea nu necesită niciun tratament special; zonele descuamate reprezintă porţi de intrare

pentru diferiţi germeni şi de aceea se vor lua măsuri riguroase de igienă. Dacă descuamaţia este foarte pronunţată, regiunea interesată se va tampona cu infuzie de muşeţel sau cu ulei fiert; nu se vor folosi unguente cu antibiotice (ce predispun la micoze!) şi nu se va spăla cu apă caldă şi săpun (irită).

Eritemul alergic apare în primele zile de viaţă, la unii dintre nou-născuţi. Este constituit din erupţii variate, ca pete roşii (macule), mici elemente proeminente (papule) sau mici băşici (vezicule). Când veziculele se usucă, se formează cruste. Uneori, erupţiile localizate pe faţă îmbracă aspectul unor placarde mari, roşii, asociate cu umflarea (edemul) pleoapelor şi chiar cu secreţii ale conjunctivelor. Starea generală este bună şi nu se constată alte tulburări generale (febră, lipsă de poftă de mâncare etc.). Erupţiile cutanate nu necesită niciun tratament special, ele dispărând spontan, în câteva ore sau câteva zile, în cazurile de erupţii mai intense şi mai persistente, se aplică pulberi inerte (talc). ***Febra de sete*** corespunde în timp cu punctul maxim al scăderii greutăţii. Apare îndeosebi în sezonul cald. Excesul de căldură, prin greşeli de îngrijire (sobă sau calorifer supraîncălzit, sticle cu apă caldă, perne electrice) şi cantitatea insuficientă de lichide primită de nou-născut (lapte, ceaiuri) constituie un factor favorizant întâlnit adesea în producerea febrei de sete. Se înregistrează creşteri ale temperaturii corporale până la 38°, maxim 39°C şi adesea durează 24 – 48 ore. Sugarii reacţionează diferit la această febră: 1) unii sunt agitaţi şi prezintă un

plâns răguşit; 2) alţii sunt somnolenţi şi fără vlagă; 3) buzele sunt uscate; 4) sugarii îşi plimbă limba în gură sau o scot uneori afară, căutând sânul sau biberonul cu ceai; 5) micţiunile se răresc (sub 5 în 24 de ore); 6) în cazurile grave, sugarii devin palizi, cu ochii încercănaţi, înfundaţi în orbite şi cu miros special al aerului expirat şi al gurii, asemănător cu acetona („mere putrede”). Dacă nou-născutul nu este bolnav (infecţii, traumatisme obstetric ale), febra se explică prin pierderea de lichide ce are loc după naştere (meconiu, urină, sudaţie, respiraţie) şi prin greşeli de îngrijire (supraîncălzirea salonului sau incubatorului, aportul insuficient de lichide). Punerea la sân cât mai repede după naştere (la 3 – 6 ore), alimentaţia „la cerere” (inclusiv noaptea) şi la nevoie, administrarea corectă de lichide sub formă de soluţie de glucoză 5% sau ceai de plante (chimen, anason sau muşeţel) cu 5% zahăr previn apariţia febrei de sete şi determină dispariţia ei. Scaunele (materiile fecale)

De multe ori, primul scaun are loc chiar în momentul expulsiei; următoarele la 1 – 2 zile după aceea. Scaunele din primele zile poartă numele de meconiu. Sunt dense, se lipesc de scutece, iar culoarea lor variază de la negru (ca gudronul) la maroniu sau verdemăsliniu.

a) ***Colonizarea intestinului.*** După naştere, în decurs de câteva ore, tractul gastrointestinal se umple cu aer. Pornind de la gură şi nas şi mergând către anus, se produce colonizarea cu microbi a diferitelor segmente ale tubului digestiv. La sugarii alimentaţi natural, în flora intestinală

domină baciiul bifidus, iar la cei hrăniţi artificial, coli. Germenii saprofiţi au o mare importanţă în digestia alimentelor şi în sinteza unor vitamine (vitamina K).

b) ***Scaunele de tranziţie,*** între a 3-a – a 5-a zi de viaţă, după eliminarea meconiului, apar aşa-zisele scaune de tranziţie, rezultate din digestia primelor mese. Aceste scaune sunt în număr de 5 – 6 în 24 de ore, de culoare verzuie, uneori cu mucus, în cazul unei alimentaţii exclusiv la sân, se menţine în continuare un număr mai mare de scaune, grunjoase, uneori verzi şi explozive. Este o mare greşeală de a considera drept patologice aceste scaune. Dacă nu se însoţesc de deshidratare, febră, modificări ale stării generale, iar mirosul lor rămâne acid, acrişor (fetid) nu se va lua nicio măsură de tratament.

1.2.5. Alimentaţia

9

Natura a prevăzut pentru sugar cea mai bună alimentaţie: ***laptele de mamă.*** Niciun alt aliment nu conţine substanţe energetice şi de construcţie ce se potrivesc perfect funcţiilor tractusului gastrointestinal, metabolismului şi rinichilor. Laptele matern constituie un aliment unic, uşor digerabil şi utilizat în întregime de către organism. Pe lângă substanţele necesare creşteri şi întreţineri corpului, vitaminele importante pentru viaţă şi substanţele minerale, laptele de mamă conţine substanţe de apărare, care ocrotesc pe copil împotriva bolilor şi îi conferă o mare putere de apărare. Copilul alimentat natural este scutit de reacţiile de sensibilitate, care se pot

dezvolta. La copiii proveniţi din familii cu alergii, laptele de mamă are o importanţă deosebită în prevenirea sau, cel puţin întârzierea apariţiei diferitelor alergii (respiratorii, digestive, cutanate). Laptele de mamă este totdeauna proaspăt, lipsit de microbi şi cu temperatură potrivită, în alimentaţia naturală mama nu poate greşi, cele câteva reguli fiind uşor învăţate sau însuşite prin instinct. Cu laptele de mamă nu este posibilă supraalimentaţia; chiar şi mai târziu în cursul vieţii, copilul alimentat la sân rar devine supraponderal. Această alimentaţie constituie forma cea mai ieftină şi cea mai economică în ce priveşte timpul şi efortul depus. Fără multe pregătiri şi/sau complicaţii copilul suge după nevoi. Mai ales în prima săptămână de viaţă, nou-născutul trebuie să înveţe să sugă, să-şi reglementeze ritmul meselor şi să înceapă să-şi prelungească pauza de noapte. Faţă de alimentaţia „artificială” unde este nevoie de apă fiartă, lapte praf biberoane şi tetine sterile, alimentaţia la sân nu este numai cea mai bună, dar şi cea mai comodă.

Suptul la sân asigură o bună dezvoltare a maxilarelor şi dinţilor. Mişcările ce le impune suptul la sân favorizează o formare corectă a maxilarului superior şi inferior, şi o erupţie şi o implantare fără anomalii ale dinţilor. Sugarii alimentaţi la sân îşi sug degetul mai rar sau mai puţin. După alăptare se întâlnesc mai rar incidente ca: regurgitării, vărsături, sughiţuri, colici, nelinişte, tulburări de somn. Prin alăptare sănătatea mamei este favorizată. Secreţia

hormonului oxitocina asigură o revenire mai rapidă a formei şi dimensiunilor uterului matern. Rezervele de grăsime acumulate în timpul sarcinii se vor reduce mai repede asigurând revenirea la greutatea normală. Alăptarea face ca sânii să capete până la urmă forma iniţială. La mamele care alăptează, riscul îmbolnăvirii de cancer (de mai târziu) este mai mic decât la celelalte femei.

Alăptarea are importanţă nu numai ca hrană. Contactul pielii şi legătura strânsă, o comuniune puternică între mamă şi copil, cu urmări pentru educaţie din cursul întregii copilării. Pe lângă potolirea foamei, ţinerea la piept îi aduce contact nemijlocit, căldură şi siguranţă, copilul capătă încredere în mediul înconjurător, forţa sa psihică se dezvoltă şi calea vieţii de mai târziu va fi influenţată pozitiv. ***Formarea laptelui.*** Sânul femeii este constituit din ţesut glandular, grăsos şi de legătură (conjunctiv). Partea grăsoasă şi conjunctivă determină mărimea, forma şi duritatea mamelelor. Capacitatea de a face lapte ţine de ţesutul glandular.

În fiecare sân se găsesc corpi glandulari cu câte 1520 lobi glandulari, din care pornesc canale prin care se scurge laptele direct în mamelon, în zona mameloanelor fiecare canal se lărgeşte într-un fel de lac cu lapte, care serveşte ca rezervor pentru laptele format.

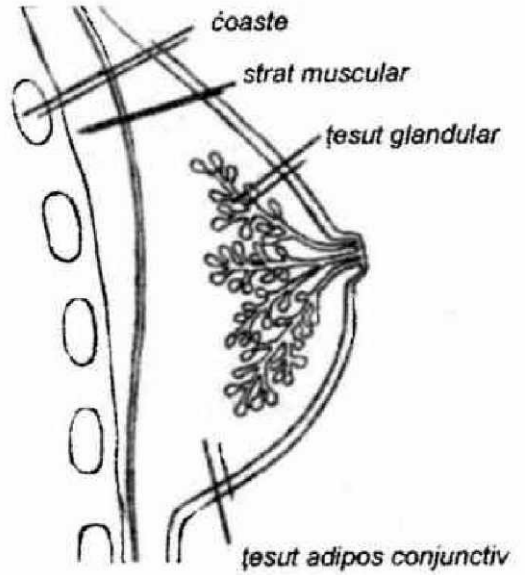


Fig. 1.9Conformaţia sânului când femeia nu este gravidă.

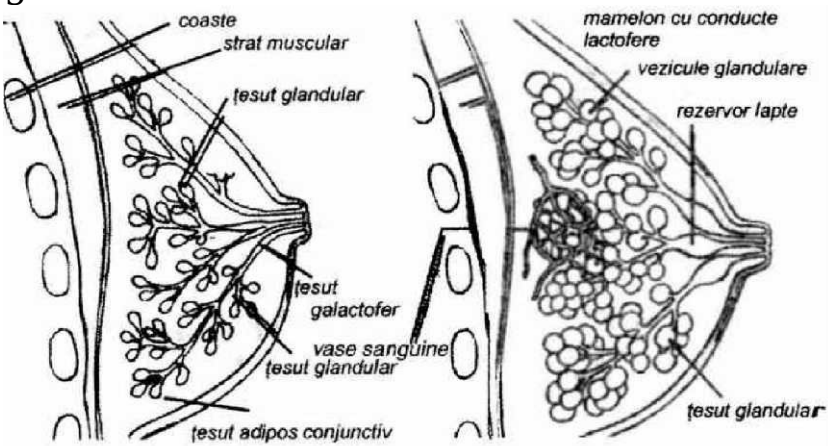


Fig. ***1.11*** – în timpul perioadei de alăptare ţesutul glandular care produce laptele se dezvoltă şi mai mult; canalele laptelui se lărgesc şi formează mici bazine care servesc ca rezervoare pentru laptele format.

Fig. ***1.10*** – în timpul sarcinii ţesutul glandular se schimbă.

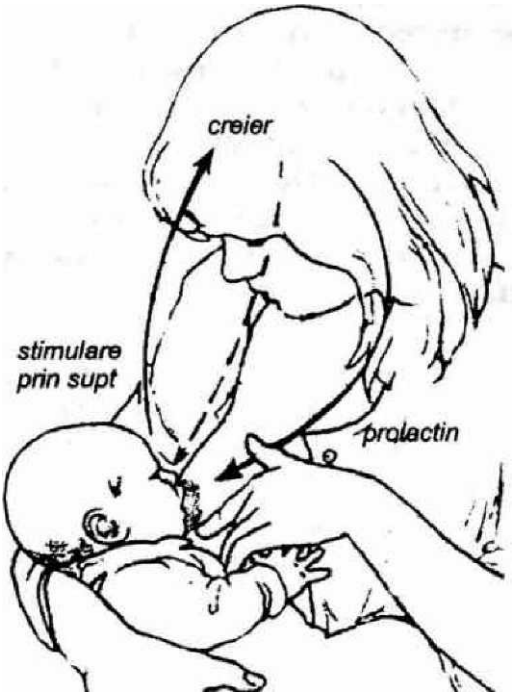


Fig. /. ***12*** – Factorii care intervin în mecanismul secreţiei lactate în fiecare ac în glandular se găsesc 10 – 100 vezicule (alveole) în ale căror celule secretorii, substanţele nutritive din sânge se transformă în lapte. Alveolele sunt înfăşurate în fibre musculare foarte fine, care sub influenţa unui hormon ***(oxy)*** se contractă şi împing laptele în canale (reflexul fluxului laptelui).

În timpul sarcinii, sub influenţa hormonilor placentari, se formează şi cresc în volum ţesuturile glandulare, grăsoase şi conjunctive. Sânii se măresc şi devin mai grei prin aportul suplimentar de sânge, venele devin mai evidente. Când începe ultimul trimestru al sarcinii, aceste modificări sunt încheiate. Formarea laptelui depinde de prolactina secretată de hipofiză şi care este revărsată în sânge în cantităţi crescânde. La

unele femei în ultimele săptămâni de sarcină dinaintea naşterii se scurge din glandele mamare un lapte deschis la culoare.

Secreţia de lapte adevărat survine când se naşte copilul şi placenta este eliminată. Acum acţionează doi hormoni: ***prolactina*** şi ***oxytocina.***

Colostrul în primele zile glandele mamelonare secretă un lichid vâscos, cu tentă gălbuie, fluid, transparent, care are un conţinut mai mare în proteine şi minerale (calciu, sodiu, potasiu, clor), dar cu conţinut scăzut în grăsimi, hidrocarbonate (lactoză) şi valoare energetică (kilocalorii). Între a 2-a şi a 4-a zi după naştere începe secreţia lactată propriu-zisă, încet sau brusc. Revărsarea laptelui dinspre celulele secretorii prin canalele de scurgere se însoţeşte de întărirea şi umflarea sânilor; pielea se roşeşte uneori şi devine caldă, între a 5-a şi a 15-a zi se formează aşa-numitul ***lapte de tranziţie,*** cu o tentă galbenăcremoasă. Spre vârsta de 2 – 3 săptămâni apare laptele matur de femeie. El este alb, subţire şi devine apos şi alburiu ca laptele degresat. Cu toate acestea el conţine tot ce trebuie ca sugarul să aibă o creştere normală. Mai mult, el este un aliment viu al cărui conţinut în proteine, grăsimi, hidraţi de carbon, vitamine şi minerale se modifică în perioada alăptării în funcţie de nevoile organismului sugarului în creştere. Producţia de lapte începe când copilul este pus la sân. Doi hormoni reglează reflexul de formare şi livrare a laptelui. Suptul copilului din mamelon determină impulsuri spre hipofiză care secretă prolactină. Pe calea sângelui, aceasta ajunge şi stimulează

formarea de lapte de către alveole. Prin supt frecvent şi golirea sânilor este provocat reflexul de formare a laptelui. La circa o jumătate de oră după naştere, nou-născutul resimte o mare dorinţă de a suge şi atunci este bine să fie pus pentru prima dată să sugă. De aceea în maternităţile modeme sunt condiţii ca mama să fie plasată imediat în aceeaşi cameră cu sugarul ***(sistemul*** Dar, cel mai bine este ca nou-născutul să sugă imediat după naştere, de dorit în decursul primelor 6 ore. Cu cât sugarul este pus mai târziu, cu atât reflexul de supt devine mai slab. Scurgerea laptelui este mai rapidă şi mai bună cu cât sugarul este pus mai repede la sân. După aceea el doarme mult şi se reface după efortul venirii pe lume. În primele zile, el îşi potoleşte foamea cu cantităţi mici de lapte de tranziţie. Uneori este nevoie să i se adauge o soluţie cu glucoză, care nu împiedică plăcerea de a suge.

Reflexul de scurgere al laptelui (Letdown-Reflex) provocat de suptul nou-născutului pus la sân determină după 1 – 3 minute instalarea secreţiei hormonului oxytocină de către hipofiză. Imediat se deschid canalele laptelui (galactofore) în care, între timp, se adunase lapte liber. Alveolele continuă să producă şi să se umple cu lapte format proaspăt şi mai bogat în grăsimi, care trece în canalele galactofore de unde este supt de sugar.

Fig. ***1.13*** – ***Roomingin:*** mama şi nou-născutul rămân împreună în salon.

Acest joc complicat al hormonilor este tulburat cu uşurinţă de stresul, neliniştea, agitaţia, nesiguranţa şi lipsa de încredere a mamei. Reflexul scurgere a laptelui este inhibat, alveolele se contractă şi nu mai lasă t ***să se scurgă laptele. Mama are lapte, dar acesta nu ajunge la sugar, în această situaţie laptele stagnează, ceea, ce duce la mastită sânului).*** Unele femei au nevoie de o perioadă mai lungă până când se scurge laptele („furia laptelui" este întârziată). Aceasta este influenţată de punerea tardivă sau la intervale mari a

sugarului la sân. La alte mame, dimpotrivă, gândurile la copil, privirea şi ţipetele acestuia, fac să intervină acţiunea oxytocinei. Simpla atingere sau mici tracţiuni ale sânului fac ca să picure lapte din mameloane. Oxytocină acţionează, de asemenea, asupra uterului, care îşi revine mult mai repede la volumul iniţial şi mai ales fără contracţii dureroase. ***Îngrijirea sânilor,*** în ultimele 4 – 2 săptămâni dinaintea naşterii începe formarea prelaptelui şi deschiderea canalelor prin care se scurge laptele (galactofore). Din când în când gravida va apăsa mamelonul între două degete pentru a elimina câteva picături din laptele preformat. Dacă se formează mici cruste gălbui sau alburii vor fi înlăturate cu blândeţe, apucând sânul între degetul mare şi arătător, mama va face mişcări domoale de tracţiune şi rotaţie de la bază spre mameloane.

După internarea în maternitate, mama va învăţa şi va respecta cele mai severe măsuri de igienă, fiindcă în maternitate pot fi microbi producători de infecţii grave. De obicei, mameloanele sunt curăţate cu apă simplă sau cu substanţe dezinfectante speciale şi se acoperă cu comprese sterile, în unele maternităţi se pune la dispoziţia mamei o eşarfă specială cu care se susţine şi se acoperă parţial sânii. Atât în maternitate, cât mama va avea grijă să spele sânii zilnic, dar numai cu apă limpede; săpunul usucă pielea şi înăspreşte mameloanele, în primele la sănii mari şi grei mama va folosi un sutien vechi ia care i se secţionează conurile.: f;

După câteva săptămâni sânii nu mai sunt aşa

umflaţi, devin mai moi şi se micşorează. La unele mame, deşi alăptează, sânii revin la mărimea normală, în astfel de situaţii se va refolosi sutienul. La unele mame din mameloane se scurge laptele, de obicei atunci când se apropie sau chiar numai când se gândeşte la sugar, în aceste cazuri reflexul de scurgere a laptelui funcţionează prea bine; ca apărare se vor pune comprese sterile şi pe deasupra un tifon împăturit în mai multe straturi. Dacă mama are senzaţia de mâncărime şi/sau usturime, va înlătura laptele şi va apăsa mameloanele cu mâna făcută ghemotoc pentru a reduce scurgerea de lapte. După alăptare nu se acoperă şi nici nu se pune sutienul, ci se lasă sânii descoperiţi, să se usuce la aer („băi de aer”). În tot timpul resturile de lapte şi de salivă ale sugarului se înlătură şi la nevoie se spală mameloanele pentru a preveni infecţia pielii.

Durerile. Unele mame, cu sensibilitate mai mare, pot avea ***dureri, iritaţii şi chiar sângerări*** ale mame loanelor. Când sugarul este pus la sân şi laptele se scurge, apar dureri vii. Se recomandă ca mama să stoarcă puţin lapte, ceea ce face ca sugarul să apuce mai bine mamelonul şi suptul să nu mai fie aşa puternic. Pentru a proteja mameloanele, sugarul va fi alăptat mai des, dar va fi lăsat mai puţin (ca durată) să tragă la sân. Sugarul nu va fi prea flămând şi nu va stoarce prea brutal mameloanele. Uneori apar ***crăpături (ragade)*** ale mameloanelor şi chiar ale sânilor. Cu expuneri la aer şi radiaţii de soare se obţine, de obicei, vindecarea. Mama se va culca cu sânii

descoperiţi („goi”), dacă este posibil, cu fereastra deschisă, pe o durată de 15 – 30 minute de 2 – 3 ori pe zi. Se poate aplica seara, în strat foarte subţire o cremă moale (vaselină, 1 ano lină pură, cucerină fără apă). ***„Rănile” mameloanelor*** în general sunt incidente trecătoare, care survin destul de des, în primele zile după naştere. Este bine ca mama să nu aplice orice stil de remedii, ci să apeleze la medic, singurul care are priceperea necesară pentru îngrijirile corespunzătoare, care de cele mai multe ori constă în măsuri simple, fără medicamente şi fără întreruperea alăptării.

Stagnarea laptelui şi inflamarea. Prin mici crăpături ale sânilor microbii din secreţiile nasului şi faringelui sugarului de pe lenjeria sau de pe mâinile murdare ale mamei pot pătrunde prin intermediul mameloanelor în corpul mamei. Microbii găsesc în lapte o hrană ideală, ducând uşor la infecţie. Curăţenia personală este prima condiţie a alăptării. De asemenea, prin stagnarea laptelui se poate ajunge la infecţia sânului (mastită). Reflexul de scurgere a laptelui este tulburat: scurgerea liberă a laptelui este dereglată, pe sâni apar noduli. Mama va masa sânii înainte de alăptare: se apucă sânii cu mâna, cu degetul mare deasupra şi cu celelalte dedesubt. De la bază până la mameloane se întind şi se freacă sânii cu degetul mare. Compresiunea şi masajul nodulilor se va face cu atenţie şi cu răbdare pentru că sunt deosebit de dureroşi. Aceste manevre duc la înmuierea nodulilor, la combaterea stagnării cu golirea sânilor, având ca rezultat prevenirea inflamaţiei.

Tehnica alăptării. Când mama alăptează culcată în pat, va căuta să se aşeze pe o parte, capul mai sus, în cele mai multe cazuri, mamele alăptează stând pe un scaun cu rezemătoare. Picioarele trebuie sprijinite pe un scăunel sau pe o pernă. Capul sugarului se sprijină pe cotul mamei. Cu mâna liberă, ama prinde sânul şi-l apasă între degetul arătător şi cel mijlociu la marginea areolei mamelonare, iar cu degetul mare comprimă sânul, în timp ce împinge mamelonul şi

Fig. ***1.14*** – Alăptarea nou-născutului – poziţia lăuzei.

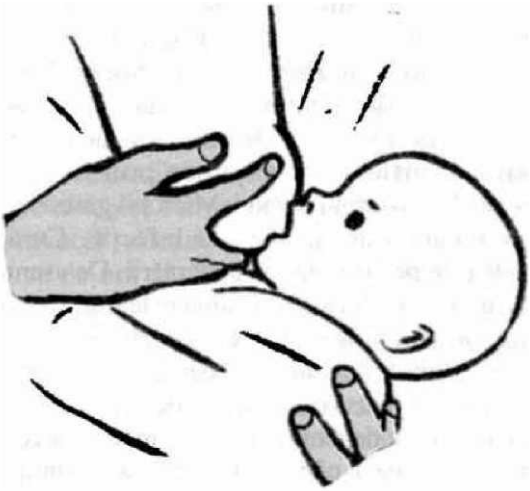


Fig. 1.15Alăptarea nou-născutului: mamelonul este cuprins bine între buzele sugarului; fosele nazale sunt libere; mama cuprinde mamela între arătător şi median şi apasă cu degetul mare.

areola în gura sugarului. Acesta cuprinde mamelonul şi începe să sugă, în continuare, dacă sânii sunt prea voluminoşi şi/sau încărcaţi, mama va continua să comprime sânul pentru a lăsa libere nările sugarului pentru respiraţie. Dacă nu primeşte aer, sugarul întrerupe suptul. Copilul se naşte cu reflexul de căutare şi de supt, aşa că nu trebuie învăţat cum să tragă singur din sân. Când sugarul scapă mamelonul şi ajunge pe obraz, mama va îndrepta capul sugarului în poziţie corectă şi acesta deschide gura şi începe să sugă. Unii sugari întrerup suptul sau chiar adorm cu mamelonul în gură. La aceştia se recomandă fie să fie ciupiţi de obraz, fie să se excite buzele copilului cu sfârcul sânului, fie să se stoarcă puţin lapte (mirosul şi gustul îl stimulează); fie, în sfârşit, să

se facă mişcarea de „du-te – vino” cu mamelonul în gura sugarului (mijlocul cel mai eficient).

Unii nou-născuţi, de obicei prematuri sau cei care au avut o naştere mai greoaie (dar adesea şi unii cu greutatea normală şi fără vreo cauză aparentă) adorm la sân, obosesc sau sug prost. La aceştia, pe lângă „remediile” mai sus amintite, se pot încerca: percuţii pe fese sau pe spate, mişcări uşoare de rotaţie ale degetului mare al mamei în palma sugarului sau flectarea şi apăsarea picioarelor pe partea de jos a corpului său. Dintre toate aceste mici tehnici, cea mai eficientă ni se pare mişcarea de „du-te – vino” a mamelonului. La cei care obosesc, se poate face o mică întrerupere a suptului cu ridicarea şi ţinerea nou născutului în braţe, cu burta lipită de corpul mamei („piele la piele”).

În mod normal, în circa 10 – 20 minute un sugar suge cantitatea de lapte care-l satură.

La început sugarul va fi alimentat la ambii sâni, cu schimbarea ordinii cu care se începe. De multe ori, sugarul preferă unul dintre sâni; aceasta se explică prin dimensiunile şi forma mamelonului (cele mai mici şi/ sau turtite sunt evitate).

Durata suptului, în primele zile după naştere mama va alăpta pe sugar numai câte 5 minute la fiecare sân. Nevoile alimentare sunt mici şi mameloanele se obişnuiesc încet cu suptul. La început suptul este adesea dureros, mai ales când sugarul apucă şi trage vârtos de mamelon. De îndată ce formarea laptelui să instalat, sugarul va fi pus la fiecare sân câte 10 – 20 minute pentru

a goli bine sânii. La începutul suptului laptele este mai subţire şi devine mai bogat şi mai hrănitor spre sfârşitul alăptării. La al doilea sân, sugarul poate fi deja sătul şi atunci nu mai vrea să sugă. Când sânii conţin lapte din abundenţă, fiind de ajuns, sugarul va fi lăsat să sugă la fiecare supt la un singur sân, deoarece prin excitaţia suptului, se formează mai mult lapte decât este nevoie. Dacă este prea mult lapte, se va extrage cu pompa sau prin muls o parte din surplusul de lapte, deoarece laptele cald, care stagnează în canalele sânului constituie un mediu ideal pentru microbi.

Când mameloanele sau călit, sugarul va fi lăsat să hotărască cât să sugă. Fie că stoarce mamelonul, fie că doarme, el ţine strâns mamelonul, îl comprimă între maxilare şi-l morfoleşte în continuare. Mama îl va îndepărta cu blândeţe, pentru a nu răni mameloanele. Sugarii înfometaţi sug uşor şi înghit mult aer; trebuie să se facă pauze pentru a da aerul afară. După alăptare sugarul va fi ridicat în sus cu capul sprijinit de umărul mamei (de preferat) sau va fi aşezat pe poala acesteia, îmbrăcămintea sugarului va fi apărată de laptele regurgitat cu o bucată de tifon, un scutec sau o babeţică. Mama va bătea uşor şi va scărpina spatele sugarului până ce acesta dă afară aerul, în caz că sughiţe sau are colici, va fi ţinut în braţe, cu abdomenul lipit de pieptul (pielea) mamei. Uneori, administrarea câtorva linguriţe de ceai sau suc de lămâie duce la încetarea sughiţului.

Dacă are probleme eu mă eloane sensibile, mama trebuie să ţină sugarul la sân cel mult 10

minute la fiecare sân şi apoi să întrerupă suptul, în primele 5 – 8 minute sugarul trage 75% din prânzul respectiv. Dacă este ţinut mult la sân, sugarul nu va suge mai mult lapte; raţia la o masă şi pe 24 de ore este în funcţie de foamea, de corectitudinea ţinerii la sân şi de nevoia sa de supt.

Intervalele între mese. Sugarul va fi hrănit la „cerere”. Nu se pune la sân după un orar fix. Nu se trezeşte din somn, nu se aşteaptă „ora mesei”, nu se face pauza de noapte. La început, în primele 2 – 3 zile, el suge de circa 5 ori în 24 ore, la intervale de 5 ore. Formarea laptelui ţine în primul rând de frecvenţa supturilor. Sânii nu produc prea mult lapte şi acesta este uşor de digerat, ceea ce face ca sugarul să flămânzească repede. Apoi în primele săptămâni, intervalele între supturi sunt de circa 2 – 3 ore. Aceasta înseamnă că mama trebuie să alăpteze de 8 – 10 ori în 24 ore, respectiv şi noaptea. Cu cât sporeşte producţia de lapte, cu atât se măresc intervalele între mese. Sugarul îşi anunţă foamea la circa 3 – 4 ore. Dacă el trage la una din mese foarte mult lapte, poate să nu mai ceară să sugă 5 ore. Alteori, el poate să fie din nou înfometat după 2 ore. Este, într-adevăr, obositor pentru mamă, dar de obicei această perioadă este scurtă şi sugarul ajunge la un anumit ritm, cu pauze de 3 – 4 ore.

Copilul nu va fi lăsat să ţipe de foame. Cu timpul numărul de mese ajunge la 7 – 5 în 24 ore, mai întâi renunţând (de obicei) la masa de la miezul nopţii şi apoi la cea de la orele 2

– 3 noaptea.

Cantitatea de lapte. Cantitatea de lapte nu este aceeaşi la fiecare masă. Nu este utilă cântărirea înainte şi după supturi. Când este sătul, sugarul adoarme şi nu se mai mişcă până la masa următoare. Dacă suge destul, sugarul este mulţumit, liniştit şi doarme bine. Dacă urinează des, înseamnă că laptele îi este de ajuns. Cantitatea de lapte supt pe zi este variabilă. Dacă sugarul creşte bine, progresând cu câte 140 – 210 g pe săptămână mama nu trebuie să-şi facă probleme. Uneori, mamele mai anxioase se tem că sugarul nu primeşte lapte suficient, în astfel de situaţii se va face „proba suptului”. Pentru aceasta, sugarul va fi cântărit înfăşat, înainte şi după fiecare supt şi se notează diferenţa dintre cele două cântăriri în decurs de 24 ore. De subliniat că se pot trage concluzii utile numai dacă proba suptului se face la toate mesele, zi şi noapte. Unele mame, fiind puse în situaţia de verificare a performanţei secreţiei lactate, sunt emoţionate, stresate, determinând în ziua respectivă scăderea secreţiei lactate. Repetarea, probei suptului, mai ales când se face incorect nu este demonstrativă şi poate duce la nevrozarea mamei.

Personal, nu recomand proba suptului! Necrozează! Cantitatea de lapte în 24 de ore este, în general, în jur de 140

– 175 ml/kg corp/24 de ore, divizată la numărul de mese. Se folosesc mai multe formule de calcul. După cea mai simplă, sugarul în primele luni de viaţă primeşte 1/5 până la 1/6 din greutatea sa corporală, iar mai târziu 1/7. De

exemplu, un sugar de 4.500 g trebuie să sugă de la 4.500: 6 = 750 ml la

4500: 5 = 900 ml.

Repetămf criteriul major pentru aprecierea corectitudinii raţiei este progresul greutăţii. Raţia zilnică utilă poate varia de la 120 – 130 ml/kg corp/ 24 bre la 180 mt/kg corp/24 ***Alăptarea gemenilor.*** Dacă au fost aduşi pe lume gemeni, alimentaţia la sân a ambilor nou-născuţi se poate face concomitent. Sânii se adaptează la o producţie de lapte mai mare. Mama are nevoie de un ajutor (în maternitate o asistentă, iar în familie soţul sau o bunică) pentru hrănirea şi îngrijirea nou născuţilor.

Mama, într-o poziţie şezândă comodă, pune pe fiecare sugar pe câte o pernă, lateral pe lângă corp în dreapta şi în stânga a coapselor sale. Apoi îi ridică mai sus. Cu fiecare mână cuprinde capetele şi le sprijină corpul pe antebraţe. Desigur, mama poate alăpta pe fiecare sugar în parte, aceasta fiind mai comod, dar cerând mai mult timp.

Dacă mama nu are lapte suficient, la fiecare masă alăptează numai un sugar, iar la celălalt i se dă o diluţie de lapte praf (formula, lapte adaptat) cu biberonul. Pentru această treabă este nevoie de încă o persoană. La masa următoare se schimbă ordinea, cel de al doilea sugar primind lapte de mamă.

Când gemenii rămân mai mult timp în maternitate (când sau născut prematuri sau/şi cu greutate mică), laptele va fi reglementat prin muls

(de dorit cu ajutorul unei pompe electrice). Prin aceasta, producţia de lapte creşte treptat până când gemenii sunt duşi acasă.

Alăptarea după cezariană. Şi după cezariană, alimentarea la sân este posibilă, dacă, bineînţeles, starea corpului mamei este bună. După rahianestezie (prin înţepătură în măduva spinării) mama poate alăpta pentru prima dată, la scurt timp de la scoaterea fătului.

După o anestezie generală, mama poate lua şi ţine nou născutul în braţe în primele ore şi dacă nu este prea obosită şi epuizată, va încerca să-l alăpteze. Din cauza medicamentelor folosite pentru anestezie, nou-născutul poate fi somnoros şi nu este deloc interesat să sugă. De altminteri, lăuza simte nevoia să ia copilul în braţe, dar de multe ori mişcările ei sunt stingherite de durerile de la locul operaţiei şi din zona unde sau injectat soluţiile cu seruri şi medicamente.

Mama nu trebuie să descurajeze. După 3 – 4 zile, în majoritatea cazurilor, lăuza se va strădui să alăpteze copilul, ceea ce va face să se declanşeze scurgerea laptelui. Vezi 2.5. Alimentaţia nou-născutului în familie – pag. 94 – 122. Înmaternitatey înainte de se administrează două vaccinuri: BCG (împotriva tuberculozei) şi antihepatita B. De asemenea, în caz că se optează pentru profilaxia rahitismului cu dozeşoc („Stossthe rapie”) se administrează o primă injecţie cu 200.000 u.i. de vitamina D (D2 sau D3 fiecare având aceeaşi eficacitate).

1.3. Lăuzia

Lăuzia este perioada care începe odată cu

expulsia placentei şi se întinde până la vindecarea plăgilor produse de naştere şi involuţia modificărilor genitale şi extragenitale, apărute în cursul sarcinii (4 săptămâni). Procesul de involuţie are răsunet asupra întregului organism. Se produce sub influenţa unor factori endocrini, legaţi de expulsia placentei. Involuţia uterină mai depinde şi de contracţiile uterului (când sunt dureroase se numesc „răsuri”). După naştere lăuza rămâne, de obicei, în maternitate 4 – 7

zile. Dacă naşterea a decurs fără incidente, deja după 6 – 8 ore se poate ridica, în timpul internării în maternitate, lăuza beneficiază de asistenţa calificată a obstetricianului şi a moaşei. După aceea, la domiciliu, marea majoritate nu mai ţin legătură strânsă cu cabinetul de obstetrică. Prin forţa lucrurilor, ele rămân aproape exclusiv în grija pediatrului şi a asistentei de ocrotire, care se ocupă de obicei numai de sugar. Lăuza „rezolvă” problemele de îngrijire personală după nivelul său de instrucţie şi în funcţie de condiţiile materiale şi de civilizaţia în care trăieşte. Lăuza ridică numeroase probleme de profilaxie (de îngrijire), de tratament (prezenţa plăgilor rămase după naştere) şi de noua postură a mamei (alăptarea) etc. De aceea este necesară o înţelegere cuprinzătoare privind transformările biologice din această fază a procreaţiei. Pe de altă parte, ca şi srcin, lăuzi comprt o serie d perturbări funcţionale sau chiar îmbolnăviri organice. Prevenirea şi tratamentul lor sunt de o importanţă deosebită pentru revenirea femeii la starea de sănătate dinaintea sarcinii şi naşterii. Pentru îndeplinirea

rolului de mamă şi în primul rând acela de aşi alăpta copilul, este necesară o evoluţie normală a perioadei de lăuzie. Femeile se comportă foarte diferit imediat după naştere. Multe dintre ele sunt încă atât de agitate şi de pline de fericirea lor, încât nu realizează epuizarea fizică şi nevoia de repaus. Starea de satisfacţie face ca unele suferinţe proprii să treacă pe plan secundar. Este de datoria asistentei de obstetrică se ferească de tot ce o poate deranja (vizite inoportune, spaime generate de starea copilului, lipsa de confort şi igienă). Este de domeniul miraculosului cum natura ţine să recompenseze pe femeie pentru durerile pe care le-a suportat; nu numai bucuria că are un copil, dar şi uitarea extraordinar de rapidă a erelor de suferinţă şterge din amintire tot ce ar putea să o apese. Modificările hormonale din ziua a 3-a – a 5-a de lăuzie favorizează uneori o stare depresivă, caracterizată prin griji insuficient motivate, legate de copil sau de restul familiei. Aşa-numitele „zile cu lacrimi" reprezintă o tulburare sufletească trecătoare. Familia va fi avertizată să menajeze această stare de instabilitate psihică a mamei. În primele 8 – 10 zile după naştere, lăuza are nevoie de supraveghere medicală specială şi de îngrijire calificată. Ea are nevoie de linişte şi relaxare. Pentru cele mai agitate se vor rezerva saloane mici cu anturaj reconfortant. Ideale sunt saloanele în care mama stă cu nou-născutul ***(roomingin).***

1.3.1. Modificările corpului Revenirea uterului la normal

Uterul începe să-şi reia volumul normal chiar

din primele ore de după naştere, în prima zi după naştere fundul uterului se palpează la nivelul ombilicului şi coboară în fiecare zi cu un lat de deget, în ziua a 10-a de lăuzie se află la nivelul simfizei pubiene sau cu 1 – 2 laturi de deget deasupra acesteia. Uterul revine la normal după 6 săptămâni. Mucoasa care a înconjurat fătul se elimină puţin câte puţin şi se cicatrizează. Sângerările numite „lohii" sunt la început abundente, sub formă de cheaguri de sânge, devin seroase, tot mai reduse şi se opresc după circa 2 – 3 săptămâni. La unele femei persistă încă multă vreme. Mirosul lohiilor trebuie verificat în fiecare zi; el trebuie să fie fad. Un miros fetid constituie un semn de infecţie. Prezenţa şi cantitatea de sânge din lohii nu depind de alăptare.

Apar contracţii dureroase. Ele pot surveni foarte repede după naştere şi se datoresc retracţiei uterine. Dispar cam după 48 ore. La femeile care alăptează sunt mai puternice şi mai dureroase.

După episiotomie. Dacă s-a făcut o episiotomie, mama va simţi contracţii, jenă sau dureri la nivelul cusăturii. Pe lângă spălături cu apă caldă şi săpun, care se fac zilnic în prima săptămână, atunci când mama urinează, se va tampona cu o compresă sterilă şi, eventual, va usca plaga cu un uscător de păr pentru a grăbi cicatrizarea. Firele se „scot" în a 4-a, a 5-a zi. Dacă durerea la locul episiotomiei persistă dincolo de 3 sau 4 luni trebuie neapărat consultat medicul. Este necesară „reluarea" chirurgicală pentru ca femeia să nu mai sufere. Eforturile

scremetelor din timpul naşterii provoacă uneori formarea de hemoroizi dureroşi. Medicul va prescrie un tratament local (pomadă antihemoroidală) sau general (antiinflamator). Se poate aplica local o pungă cu gheaţă. Dacă este constipată, gravida nu va aştepta 1 – 2 zile pentru a merge la closet. Scremetele nu pot să redeschidă o cicatrice de episiotomie (vezi mai sus tratamentul constipaţiei. ***După cezariană.*** Ca orice intervenţie chirurgicală, cezariana poate fi cauza unei mari oboseli, în general se recomandă ca lăuza ce a născut prin cezariană să se ridice din pat chiar din a doua zi pentru a evita orice complicaţie venoasă, iar din a 2-a – a 3-a zi se va deplasa aproape normal. Duşul nu este permis decât în a 5-a sau a 6-a zi. Firele şi agrafele vor fi scoase între a 6-a şi a 10-a zi. Tranzitul intestinal şi urinar sunt mai lente faţă de o naştere pe cale joasă. Medicul va prescrie medicamente împotriva durerii pentru contracţiile şi durerile de la nivelul cicatricei. Naşterea prin cezariană nu împiedică alăptarea, în rest, corpul lăuzei va reacţiona ca şi când ar fi avut o naştere normală.

Vulva rămâne câtva timp mai mult sau mai puţin mărită după naştere.

Muşchii abdomenului necesită timp mai îndelungat (peste 6 săptămâni) până îşi recapătă tonusul. Tonicitatea lor este influenţată favorabil de exerciţiile fizice. ***Vezica urinară*** are încă un tonus muscular scăzut, ceea ce explică faptul că lăuza percepe mai greu nevoia de a urina („senzaţia de micţiune”). Capacitatea vezicii este crescută. La nivelul colului vezical se semnalează

un edem care predispune, în asociere cu scăderea tonusului muscular, la tulburări micţionale cu retenţie de urină. De aceea uneori este nevoie să se sondeze vezica pentru a elimina urina în primele zile după naştere, înainte de a se ajunge la sondaj, se vor încerca toate mijloacele pentru a ajuta lăuza să urineze spontan. Pe fondul de modificări vezicale din timpul sarcinii (stagnarea urinei) se explică tendinţa la infecţii a căilor urinare. Odată cu revenirea tonusului muscular, funcţiile vezicii se normalizează. Diureza este crescută. Lăuza urinează mai mult, deoarece se elimină excesul de apă acumulat în ţesuturi în timpul sarcinii.

Pielea. În locul vergeturilor violacee din timpul sarcinii rămân nişte dungi albe, care vor persista în tot cursul vieţii. Pigmentaţia feţei şi a mameloanelor dispare treptat, în timp ce linia albă abdominală rămâne încă multă vreme pigmentată.

Temperatura corpului. Imediat după naştere poate apărea frison, fără creşterea temperaturii; frisonul se explică prin răcirea corpului şi prin hemoragie, în faza de furie a laptelui, temperatura axilară poate fi temporar mai ridicată, în mod normal, temperatura lăuzei este cea obişnuită (36,5 – 37°C).

Temperatura se va măsura de 2 ori pe zi. ***Sânii*** femeii sunt situaţi pe suprafaţa muşchiului pectoral, în vârful mamelei se găseşte mamelonul („sfârcul”), pigmentat, înconjurat de o suprafaţă circulară numită areolă, pigmentată viu, de la roz până la brun închis (fig. 1.16).

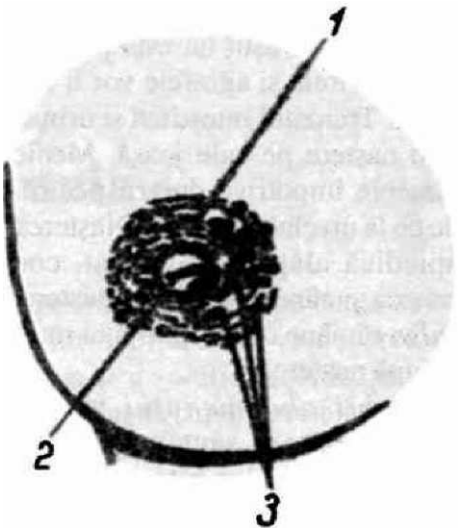


Fig. i.iblonformaţia sânului. 1. areola mamară; 2. mamelon; 3. glanda sebacee.

Glandele areolare (glandele Montgomery) se înfăţişează ca nişte glande sebacee (de grăsime) modificate; sunt nişte mici ridicături, grupate în număr variabil. Forma şi mărimea sânilor sunt variabile de la o persoană la alta şi depind de repartiţia ţesutului glandular, grăsos şi de legătură, precum şi de modul de fixare pe tor ace.

Formarea laptelui este un proces complicat, care se desfăşoară sub controlul unor substanţe secretate de hipofiză (fig. 1.12). Facem această precizare pentru a înlătura simplismul cu care se „imaginează" procesul de formare a laptelui. Adesea lăuza este îndemnată la consumarea unor cantităţi mari de lapte de vacă, în dorinţa de a ajuta „suirea laptelui" (vezi pag. 33). ***Transformări hormonale.*** Imediat după naştere, hormonii placentari se găsesc în concentraţie

mare în sângele lăuzei, în câteva zile, această concentraţie scade simţitor şi dispare efectul inhibitor asupra hormonilor hipofizari (FSH ŞI LH), care îşi reiau funcţia de stimulare asupra ovarelor, fapt ce se concretizează în secreţia de estrogeni şi în reluarea procesului de maturare foliculară (ovulaţie). ***Funcţia ovariană.*** Durata absenţei menstruaţie! (amenoreea) depinde de lactaţie, dar în mare măsură şi de factori individuali. Chiar la lăuze care nu alăptează, este nevoie de 6 săptămâni până la prima menstruaţie. De aceea, o nouă concepţie (sarcină nouă!) nu poate avea loc decât în jurul acestui termen. La unele femei apare o pierdere de sânge la circa 3 săptămâni după naştere, numită „mica menstruaţie". La 80% din mamele care alăptează există o ame noree de lactaţie, ca urmare a unei inhibiţii a funcţiei gonadotrope a lobului anterior al hipofizei. Amenoreea de lactaţie este semnul unei hipofuncţii ovariene şi se însoţeşte de sterilitate temporară. Cu toate acestea, alăptarea nu reprezintă o protecţie totală împotriva unei noi concepţii, aşa cum este scris în unele cărţi de vulgarizare.

Îngrijiri. Lenjeria de pat şi de corp se schimbă des. Pentru evitarea murdăririi saltelei, se va pune o aleză de cauciuc sau de material plastic sub cearşaf.

Compresele sterilizate se schimbă în funcţie de cantitatea pierderilor de sânge. Trebuie să se evite să fie atinsă cu mâna partea care se aplică pe părţile genitale. Chiar la lăuza sănătoasă, sângele şi secreţiile care se elimină după naştere

conţin microbi, care, dacă ajung pe mameloane, pot produce inflamaţia glandelor mamare sau/şi pot infecta nou-născutul.

Alimentaţia. Opinia după care lăuza trebuie să mănânce cât mai mult şi orice pentru a favoriza o rapidă recuperare a forţelor este eronată. După naştere, ea poate primi lichide după 4 ore, iar după 12 ore se trece la un regim normal. Alimentaţia va conţine lichide din abundenţă, proteine (lapte, derivate ale laptelui, carne, ouă) şi vegetale. Prin consumarea de ***Vi*** – 1

lapte pe zi, se acoperă plusul de calorii, necesare în lăuzie.

Pulsul şi temperatura se controlează de 2 ori pe zi. După revenirea acasă, este bine să se controleze în continuare temperatura timp de 2 săptămâni. Orice ascensiune peste

37,4°C va fi anunţată medicului familiei.

Evacuarea urinei este uneori dificilă în primele zile după naştere. Se ajunge uneori la retenţie urinară, cu umplerea şi încărcarea excesivă a vezicii (chiar 1 litri).

Pentru a evita aceasta se recomandă exerciţii de gimnastică, aplicaţii de comprese călduţe în regiunea vezicii, closet civilizat, curat şi confortabil.

Reglarea tranzitului intestinal (scaunele). În – timpul primelor 2 – 3 zile, în general, femeia nu are scaun; clisma făcută înainte de naştere a golit intestinul, iar alimentaţia este constituită în aceste zile predominant din lichide. Intestinul are tendinţa de inerţie, de aceea

obstetricianul recomandă, de obicei, în ziua a 2-a după naştere, un 1 axaţiv. În a 3-a dimineaţă, dacă

Mobilizarea precoce reprezintă una din măsurile pentru profilaxia trombozelor. În acelaşi timp, coborârea precoce din pat şi mişcarea sunt eficace pentru stimularea diurezei, favorizarea tranzitului intestinal şi restabilirea capacităţii de muncă.

În multe maternităţi să încetăţenit sistemul de a mobiliza lăuza la 2 – 3 ore după naştere (prima dată pentru scurt timp), chiar dacă are sutură a perineului. La femeile care au varice ***mobilizarea precoce*** este importantă, în continuare, în spital şi mai ales acasă, se recomandă o poziţie corespunzătoare în pat (fig. 1.17). La picioarele patului, sub saltea, se pune o pătură făcută sul, pentru a uşura revenirea sângelui dinspre gambe şi coapse spre inimă. Aceasta nu este însă suficientă pentru a goli îndeajuns venele profunde ale membrelor inferioare şi ale bazinului; este bine ca lăuza să se culce de mai multe ori pe zi pe o parte şi pe burtă, chiar dacă naşterea a comportat o intervenţie operatorie

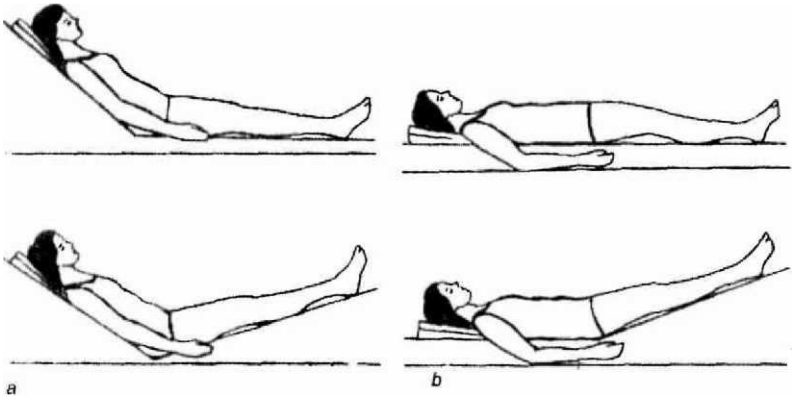


Fig. ***1.17*** – Poziţia în pat a lăuzei; a) poziţie corespunzătoare; b) poziţie necorespunzătoare.

acesta nu a avut efect se introduce un supozitor. Dacă lăuza nu are scaun nici cu acesta, se face o clismă.

După revenirea la domiciliu, dacă se menţine tendinţa la constipaţie, se recomandă un regim care să conţină vegetale din abundenţă: salate de crudităţi, fructe, pâine neagră sau Graham, compot de prune, miere de albine. Gimnastica are efecte favorabile. Eventual va lua 1 – 2 linguriţe de lactoză după mese.

De fiecare dată când femeia urinează sau are scaun, este recomandabil ca regiunea vulvară să fie spălată cu apă călduţă, care a fost fiartă în prealabil.

(cezariană, sutură). În unele cazuri particulare, medicul va da alte prescripţii.

Sânii lăuzei trebuie îngrijiţi cu multă atenţie. Sânii, înveliţi în două bucăţi de pânză, vor fi ţinuţi în poziţie ridicată, fie printr-un sutien mai mare (folosit din luna a şasea de sarcină) la care se secţionează conurile, fie printr-o eşarfă, fie printr-

un bandaj. Bandajele vor fi bine spălate, călcate şi ţinute în dulap într-un compartiment special Murdăria şi microbii de pe comprese, sutiene, bandaje sau alte obiecte de lenjerie sunt la originea infecţiei mameloanelor (mastite).

Toate manipulările obiectelor de mai sus se fac cu mâinile spălate în prealabil.

Înainte de fiecare supt, mama îşi va spăla cu grijă mâinile. Unghiile vor fi tăiate scurt. Părul lung, ce cade pe umeri, va fi ridicat şi strâns cu un batic. Se începe cu ridicarea bandajului şi a micilor comprese sterile ce acoperă mameloanele, compresele se îndoaie cu faţa dinspre mameloane în interior, bandajul se strânge corect şi se pun ambele sub pernă. Compresele sterile se schimbă zilnic, pânza triunghiulară, sutienul şi/sau bandajul se schimbă de îndată ce se murdăresc de lapte. De câteva ori pe zi se recomandă „băi de aer" ale sânilor, care vor fi ţinuţi descoperiţi timp de 20 – 30 minute de 2 – 3 ori pe zi, în caz de dureri mari se va anunţa medicul obstetrician, care va face recomandările necesare. Nu se vor aplica decât pomezi, pudre sau loţiuni recomandate de medic. Orice modificare a mameloanelor (sângerări, fisuri, roşeaţă) sau a sânilor (mastitai) impune anunţarea medicului. ***Profilaxia infecţiilor.*** Lăuza este mai receptivă la infecţii. De aceea va fi ferită de orice sursă de infecţii (persoane cu guturai, furuncule, răni, înţepături etc.). Mameloanele se vor menaja cu grijă.

Closetele murdare, cada necorespunzătoare, prosoapele comune, lenjeria incorect spălată (fără

să fie fiartă şi fără să fie călcată!), murdăria de sub unghiile lungi, fructele şi zarzavaturile consumate fără să fie bine spălate etc, sunt o parte din cauzele favorizante ale îmbolnăvirilor.

1.3.2. După revenirea acasă

După întoarcerea acasă mama se simte încă obosită. Totul va decurge cu bine dacă lăuza se organizează în aşa fel încât să se poată odihni.

Organele nu revin perfect la locul lor decât după circa 4 săptămâni, iar întreg organismul are nevoie de mai multe luni pentru a se termina cu toate solicitările din timpul sarcinii şi naşterii.

O veche zicală sună astfel: „O femeie are nevoie de 9 luni pentru a deveni mamă; o mamă are nevoie de alte 9 luni pentru a redeveni femeie; în ambele călătorii trebuie ajutată!”

În primul rând este de datoria soţului şi a restului familiei de a ajuta pe mamă.

Mama va face pauze dese în timpul întregii zile şi dacă este posibil o siestă după amiază. Nu este bine să se grăbească să rezolve treburile gospodăreşti, acumulate în timpul internării în maternitate. Să-şi programeze mici plimbări, într-o primă perioadă se va evita masajul abdomenului.

a) ***Igiena corporală.*** Lăuza poate face duş imediat după naştere, iar îmbăierea în cadă este permisă după 2 săptămâni. Dacă lohiile mai sângerează sau dacă nou născutul a fost scos prin cezariană, baia generală se face şi mai târziu. Baia nu trebuie să fie nici prea caldă şi nici prea lungă, mai ales după episiotomie. Oprirea lohilor se consideră ca semn al închiderii colului uterin, ceea ce permite baia. Având în vedere că s-ar

putea să nu aibă încă stabilitatea necesară, când face duş va păşi în cadă cu atenţie şi se vor lua următoarele măsuri: pentru evitarea alunecărilor sau căderilor, lângă cada de baie se va pune un grătar de lemn sau un preş mai gros, iar în cadă o bucată de rogojină sau de postav vechi, gros. Lenjeria de pat şi de corp se schimbă des.

b) ***Greutatea.*** Odată cu naşterea, greutatea scade cu circa 6 kg. Ceea ce rămâne din plusul de greutate înregistrat în timpul sarcinii scade încet. Mama nu va căuta să „scape" prea repede de acest plus ponderal. Cu o alimentaţie variată echilibrată, fără exces de grăsimi, făinoase şi dulciuri, dar cu proteine (lapte, carne) şi multe vegetale, în decurs de câteva luni se ajunge la greutatea de dinaintea sarcinii. Mama care alăptează are nevoie de un plus de energie, cu proteine, calciu, fier şi vitamine.

c) Nu va face irigaţii vaginale, chiar în caz de scurgeri, în afară de cazul când sunt în mod special recomandate de medic.

d) După revenirea acasă, va fi examinată încă o dată de medicul obstetrician (la 4 – 6 săptămâni), care va trebui să constate revenirea la poziţie normală a organelor genitale interne şi vindecarea totală a rănilor cauzate de naştere.

e) Lăuza poate ieşi din casă la o săptămână după externare.

f) Munca în gospodărie se reia treptat, după 2 – 3 săptămâni.

g) Lăuza nu trebuie să stea tot timpul în pat după externare, dar e bine ca, pe lângă repausul de noapte să-şi asigure un repaus la orizontală de

mai multe ori pe zi.

h) După 2 luni poate avea, din punct de vedere organic, o nouă sarcină.

Solicitarea mamei prin sarcină, îngrijirea şi alăptarea sugarului, constituie motivul pentru care se recomandă intervale mai mari între sarcini. Se consideră optim intervalul de 2 ani între prima şi a doua sarcină. ***Transpiraţiile abundente*** se observă la majoritatea lăuzelor. Lenjeria intimă se va schimba des şi cu un burete sau un tifon se vor spăla cu apă călduţă zonele mai predispuse (regiunea genitală, abdomenul, subsoara, sânii, toate cutele pielii).

Din primele zile după naştere pot fi făcute unele exerciţii de gimnastică. Se începe cu exerciţii de respiraţie abdominală, având grijă ca în expiraţie să se contracte muşchii peretelui abdominal. Apoi dacă lăuza nu are perineotomie, începând din ziua a 5-a poate face şi alte exerciţii (fig. 1.18).

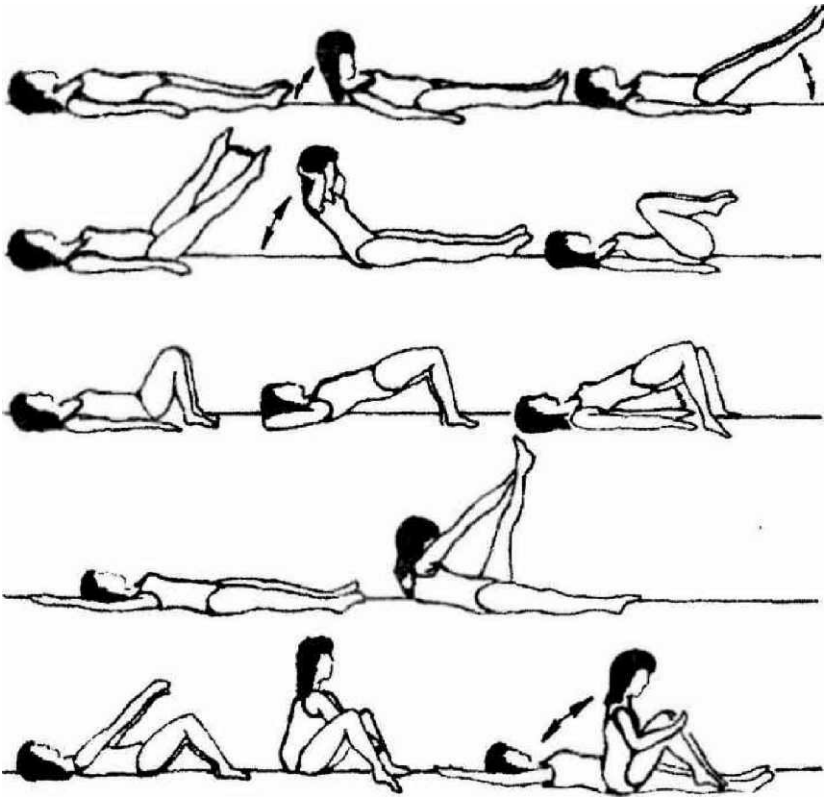


Fig. I. ***18*** – Gimnastica lăuzei. 1.3.3. Gimnastica lăuzei

Se face în scopul de a ajuta organismul în procesul de revenire la normal, în urma modificărilor şi solicitărilor la care a fost supus în cursul sarcinii şi naşterii. Aparatul muscuioligamentar relaxat şi destins trebuie să revină la dimensiunile şi poziţia normală. Persistenţa relaxării musculare, abdominală şi perineal a. poate avea repercusiuni asupra poziţiei şi funcţiei organelor interne.

1.3.4. Măsuri anticoncepţionale după naştere
Dacă mama se simte bine, femeia poate relua

repede viaţa sexuală (la 3 – 5 săptămâni). Oboseala, micile incidente de după naştere nu sunt propice pentru reluarea relaţiilor sexuale prea curând. Cu atât mai mult nu se poate şti sigur când poate reveni capacitatea de concepţie. Aşa cum să amintit mai sus, menstruaţii le apar după 6 – 8 săptămâni la femeile care nu alăptează, iar la celelalte ceva mai târziu, uneori numai după ce încetează să alăpteze. Alăptarea nu este în niciun caz un mijloc sigur anticoncepţional. Absenţa menstruaţiilor nu înseamnă că femeia nu este fecundabilă. O ovul aţi e poate surveni la 25 de zile după naştere. Pentru a evita o nouă sarcină prea apropiată trebuie, deci, să se ia măsuri anticoncepţionale, chiar şi înainte de a reapărea menstruaţia.

Mijloacele anticoncepţionale sunt. Imediat după naştere nu se poate recurge la:

– Sterilei, care riscă să fie eliminat şi care nu poate fi aplicat decât după 2 luni de la naştere;

– Metoda urmăririi temperaturii, inaplicabilă atâta vreme cât nu a avut loc prima ovulaţie.

Mijloace anticoncepţionale recomandate. Alături de prezervativul pentru bărbat, pentru femeie se pot folosi:

– Spermicidele sub formă de creme, de ovule sau de bureţi ce se pot plasa cu 10 minute înainte de raporturile sexuale; trebuie să se evite orice toaletă intimă timp de două ore înainte şi după raporturile sexuale pentru a nu distruge acţiunea spermi cidelor;

– Pilula progestativă microdozată va putea fi utilizată la 10 zile după naştere dacă mama nu

alăptează şi dacă nu există nicio contraindicase. Dacă mama alăptează, medicul va putea, de asemenea, să o prescrie, întrucât este compatibilă cu alăptarea. Ea poate declanşa mici sângerări vulvare. În schimb, survine o hipercoagulabilitate a sângelui care persistă cam 3 săptămâni după naştere şi de aceea nu se vor recomanda pilule prea puternic dozate. NOU-NĂSCUTUL (O-28 zile)

2

2.1. Instalarea copilului în familie de comoditate, lucrurile lui sunt separate şi la îndemână, iar aerisirea se face în mod corespunzător. Pe măsura creşterii copilului apar şi alte motive ca el şi fraţii săi să aibă camere separate. Se pot forma deprinderile de ordine; pot să-şi satisfacă setea de mişcare sau de joc; accidentele pot fi evitate, în timpul şcolarizării, copilul poate să-şi organizeze studiul în linişte şi independenţă, în stilul său personal.

Pardoseala. Parchetul prezintă riscul alunecării şi întreţinerea nu este uşoară. Pardoseala cu ciment sau mozaic este rece pentru copilul care se târăşte. Mocheta este plăcută, dar se poate îmbiba cu praf, care predispune la alergie; aspiratorul trebuie folosit zilnic. Preşurile şi covoarele sunt responsabile de numeroase căderi dacă nu sunt fixate, învelişurile lavabile din plastic (linoleum), parchetul, scândurile, constituie soluţiile cele mai bune. Pereţii. Culorile pastel sunt mai odihnitoare, faţă de cele roşii sau verzi, care sunt excitante, întreţinerea trebuie să fie uşoară (hârtii pictate, lucioase, lavabile) pentru că, după vârsta de un an, copilul le mâzgăleşte.

Amenajarea interioară. Se evită oglinzile şi tablourile din cauza accidentelor pe care le provoacă. În camera copilului sunt necesare următoarele mobile: patul, masa de înfăşat, scaunul pe care stă mama când alăptează, un dulap pentru lenjeria şi jucăriile copilului şi, mai târziu, un scaun înalt pentru alimentarea sugarului mare (fig. 2.1). Prizele electrice trebuie prevăzute cu dispozitive de siguranţă sau acoperite cu leucoplast, care să împiedice pe copil să introducă degetele. Mobilele trebuie să fie stabile şi uşor de întreţinut. Se evită sursele de praf (covoare, bibelouri, draperii).

Perdelele, de preferat cele opace, din ţesături neinflamabile, trebuie să fie solid agăţate pentru a nu cădea şi a sufoca copilul. Cordoanele de la perdele pot fi cauza morţilor prin spânzurare la copiii mici. Paturile vor fi plasate mai departe de perdele.

La ferestre, uşi şi scări se vor fixa gratii de securitate. **2.1.1. Cadrul vieţii**

Aşa cum să mai spus, venirea unui copil într-o casă este un prilej de satisfacţii şi de fericire, în acelaşi timp, trebuie insistat că această sosire implică o mare responsabilitate a părinţilor. Folosirea locuinţei şi a modului de viaţă trebuie regândite pentru a asigura condiţiile corespunzătoare desfăşurării normale a vieţii (dezvoltare fizică şi psihomotorie, evitarea accidentelor etc.).

2.1.1.1. Camera copilului

Indiferent de dimensiunile locuinţei, prima problemă este fixarea spaţiului unde va fi instalat

copilul şi mama la întoarcerea de la maternitate. Acolo unde există posibilitatea amenajării unui spaţiu separat pentru copil (în majoritatea cazurilor mama locuieşte cu copilul în aceeaşi cameră), se va alege camera cea mai luminoasă, însorită, uşor de aerisit. Se indică încăperile cu expunere spre sud şi sud-vest, de preferat spre grădină, nu spre stradă. Ideal este ca încăperea copilului să comunice direct cu camera părinţilor. În familiile în care copilul locuieşte în aceeaşi cameră cu adulţii, camera respectivă nu va servi nici de cameră pentru musafiri şi nici pentru televizor. Este un sacrificiu pe care părinţii trebuie să-l accepte în avantajul copilului. Dacă familia nu are la dispoziţie decât camera care serveşte şi de bucătărie, este absolut necesară o aerisire susţinută, deoarece supraîncălzirea şi aburii predispun la îmbolnăviri. La început camera separată pentru sugar cu sau fără mamă prezintă avantajul că sugarul este mai liniştit, scutit de contactul prea strâns cu ceilalţi membri ai familiei (care-i pot transmite diferite infecţii prin sărut, tuse, apropiere prea mare de copil, infecţii ale pielii prin contact direct etc.), toate îngrijirile se fac în condiţii

Colţurile mobilelor vor fi învelite cu adezive, care să atenueze şocurile.

Curăţenia camerei trebuie făcută zilnic, cu o cârpă umedă (nu cu mătura!) sau cu aspiratorul. Este interzis să se arunce scutecele murdare pe duşumea sau să se „strângă” într-un colţ al camerei, unde să rămână ore întregi. Este de dorit să nu se spele şi nici este mai cald în casă, este

mai bine pentru copil. Credem că pentru obiceiurile noastre (teama de „curent” şi de „frig” fac parte din folclorul nostr), temperatura ideală este de: 22 – 24°C pentru nou-născut şi sugari în primele luni; în jur de 18 – 22°C la copilul mai mare. Un termometru de cameră este indispensabil. Mulţi copii au mucoasa nazală uscată printr-o încălzire centrală

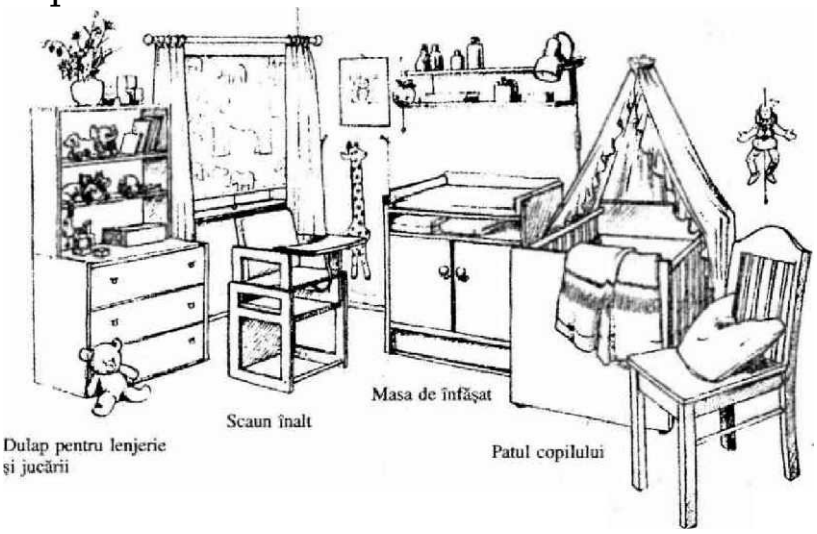


Fig. 2.] – Camera copilului.

să nu se usuce lenjeria în camera în care locuieşte sugarul. Aerisirea. Aerul poluat, aerul umed, curenţii de aer şi fumul de ţigară exercită o acţiune nefastă asupra sănătăţii şi somnului copilului. În timpul verii se va asigura o ventilaţie permanentă, printr-o fereastră întredeschisă, copilul fiind ferit de curentul aerului direct. Vara se pun site la ferestre sau se întinde un tifon deasupra patului, în zilele excesiv de călduroase ferestrele se deschid numai dimineaţa şi spre seară; în restul zilei se coboară perdelele sau jaluzelele, pentru ca în cameră să fie răcoare.

Iama, camera se aeriseşte de mai multe ori pe zi, de dorit în timpul zilei, prin intermediul unei camere vecine, în orice anotimp, aerul şi lumina care pătrund prin fereastra deschisă nu pot înlocui efectele favorabile pe care le are în căli rea sugarului scoaterea lui afară, în aer liber.

Temperatura locuinţei constituie un element important în îngrijirea corectă şi păstrarea sănătăţii nou născutului şi sugarului. Mulţi părinţi, mai ales cei care trăiesc în apartamente modeme, îşi închipuie că, dacă prost utilizată. Temperatura nu trebuie să coboare niciodată sub 16°C; în lipsă de radiatoare electrice, se vor folosi sticle cu apă caldă la 50°C, închise ermetic şi puse în pătuţ, învelite într-un scutec (pericol de arsuri). În timpul verii este necesară o atenţie deosebită în zilele de caniculă, pentru că sugarii fac uneori un sindrom de supraîncălzire (şoc caloric). În timpul iernii, într-o cameră supraîncălzită (peste 25 – 27°C) sau prin înfăşurarea copilului în prea multe scutece sau pături se poate ajunge la aceleaşi accidente. Agitaţia, insomnia, ascensiunile febrile sunt determinate frecvent de supraîncălzire. ***Boneta este inutilă în timpul cât copilul stă în cameră.*** Temperatura ideală trebuie să fie uniformă (în timpul nopţii şi a somnului de 17 – 20°C, iar în perioadele de veghe 22 – 24°C). Se va urmări tot timpul dacă mâinile şi picioarele copilului sunt călduţe şi bine colorate, în timpul îmbăierii este suficientă o temperatură de 24°C în cameră. Variaţiile mari şi bruşte ale temperaturii sunt prost resimţite pentru sugar. La copiii obişnuiţi să stea în camere prea încălzite,

scoaterea la aer şi călirea, în general, întâmpină uneori riscul îmbolnăvirii.

Sistemul de încălzire ideal este cel care poate fi reglat şi în acelaşi timp nu usucă aerul (soba de teracotă, caloriferele cu dispozitiv de reglare, sobele de cărămidă). În apropierea sursei de căldură (pe sobe sau lângă radiatoare) se vor pune recipiente (castroane, farfurii întinse) pline cu apă. Sunt vătămătoare pentru copil: încălzirea cu petrol (lămpi, sobe speciale), încălzirea cu cărbuni (emanaţii de oxid de carbon) aragaze, sobe de fier (când ajung la roşu permit emanaţiile de gaze toxice).

Mobilierul. Mobilele din camera copilului vor fi reduse la strictul necesar şi vor fi simple, stabile (să nu poată fi împinse de copil) uşor de deplasat de către adulţi, uşor de spălat (din lemn, din metal sau din material plastic). a) ***Coşul.*** Fiecare copil trebuie să-şi aibă patul lui. Este neigienic şi periculos obiceiul ca acesta să doarmă în patul mamei sau cu fraţii mai mari, în primele luni de viaţă este mai practic coşul simplu de nuiele, special confecţionat pentru copii, bine fixat, cu un echilibru perfect, uşor deplasabil (fig. 2.2).

Se vor evita accesoriile decorative (perdele, volă naşe etc.), întrucât favorizează acumularea prafului. Coşul se căptuşeşte cu pânză simplă, care se prinde de

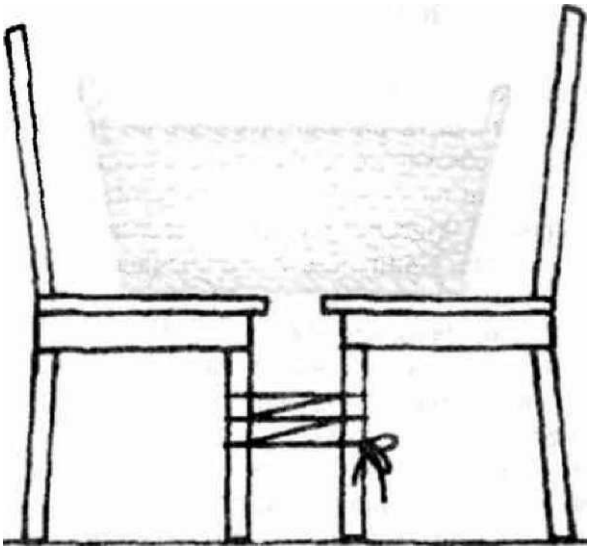


Fig. ***2.2*** – Coşul de nuiele.

marginile acestuia cu ajutorul unor şireturi, având grijă să se confecţioneze 2 – 3 schimburi. Nu este indicată căptuşirea coşului cu muşama sau material plastic, deoarece împiedică ventilaţia. Pe fundul coşului se aşază o salteluţă confecţionată tot din pânză (umplută

– La oraşe – cu iarbă de mare, iar la ţară – cu foi de ştiuleţi de porumb). Când coşul este în grădină sau pe balcon, va fi acoperit, la nevoie (pentru a feri copilul de insecte), cu un coviltir de tifon. Coşul de nuiele prezintă avantajul că permite manipularea cu uşurinţă, este ieftin, ocupă loc puţin şi se transportă uşor, în schimb, prezintă inconvenientul că nu poate fi folosit peste vârsta de 4 – 5 luni. În ultimul timp au apărut leagăne, coşuri cu tot felul de adaosuri (podoabe etc.) care, pe lângă preţul ridicat, nu prezintă niciun avantaj practic.

b) ***Patul.*** Când sugarul începe să se

rostogolească şi/sau să se ridice la şezut, coşul se schimbă cu un pat prevăzut cu pereţi laterali suficient de înalţi. Recomandăm patul de dimensiuni mai mari (70 x 140 cm) în care copilul poate dormi până la vârsta şcolară.

Este bine ca grilajul patului să fie înalt (iar somiera solidă, perfect orizontală) să fie prevăzut cu dispozitive de reglare a fixării somierei şi grilajelor în funcţie de înălţimea mamei şi vârsta copilului. Distanţa dintre două gratii să fie sub 7,5 cm pentru ca sugarul să nu-şi strecoare capul printre ele. Două dintre aceste gratii este bine să fie detaşabile pentru ca mai târziu, când copilul creşte, să poată coborî singur din pat, fără pericolul de a cădea. Paturile cu rotile sunt practice, putând fi deplasate uşor. Paturile trebuie să fie robuste (mai ales grilajele şi somierele) pentru a rezista la zbenguielile copiilor mai mari. Materialul din care este

Fig. ***2.3*** – Patul pentru copii: a) Pat cu bare, grilajul lateral şi adâncimea se reglează după talia copilului; b) Pat de sugar transformabil mai târziu în pat de copil, confecţionat va fi lucios, atractiv colorat. Fixarea părţilor componente (îndeosebi grilajele) se realizează cu şuruburi şi/sau balamale care să nu poată fi desfăcute de copil. Paturile de fier sunt mai rezistente, se curăţă mai uşor şi mai bine.

Patul se plasează într-un loc luminos lipsit de curenţi de aer, mai departe de soba încălzită, niciodată sub perdele, draperii sau tablouri, oglinzi, la care să ajungă copilul, c) ***Masa de înfăşat.*** Serveşte la îmbăierea, înfăşatul şi schimbatul copilului. Este foarte practică dacă este prevăzută cu rafturi sau sertare, în care se păstrează lenjeria şi obiectele necesare copilului

(fig.2.1). În familie, aceasta se poate improviza, căutându-se soluţiile cele mai economicoase: o masă, un birou, un dulap rabatabil. Pe masa de înfăşat se pune o saltea mică, iar în lipsa acesteia o pătură îndoită de mai multe ori. Cele mai bune sunt mesele de înfăşat cu sertare şi acoperite cu o tăblie „în covată” (fig.
2.4).

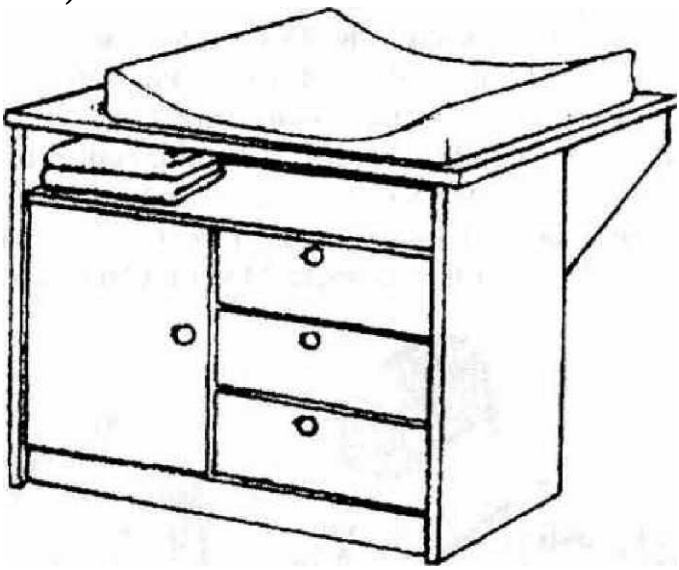


Fig. 2.4 – Masă de înfăşat cu tăblia în „covată”. Este obositor şi chiar dăunător pentru lăuză să se aplece într-o poziţie incomodă pentru a îngriji nou născutul şi sugarul. Pe masă se pot păstra la îndemână scutece de schimb, mici obiecte necesare în orice moment; se realizează astfel o economie mare de timp şi de eforturi pentru mamă, iar pentru sugar un plus de securitate (nu va fi lăsat gol pentru căutarea unui obiect; dacă este mai mare se poate răsuci şi cădea jos). Masa de înfăşat se aşază în apropierea coşului (patului) copilului, într-un loc ferit de

curenţi.

d) ***Căruciorul*** pentru sugari trebuie să îndeplinească următoarele condiţii: să fie suficient de încăpător, să aibă arcuri bune; să nu fie prea adânc, pentru a se putea asigura aerisirea; să fie uşor de spălat; să fie cât mai uşor pentru a putea fi deplasat cu uşurinţă. Coviltirul se ridică numai în caz de ploaie. În rest, căruciorul se ţine deschis, pentru a se asigura o bună ventilaţie. Accesoriile decorative (perdeluţe, funde etc.) sunt inutile şi neigienice. Când părinţii locuiesc la etajele superioare ale unui bloc se alege un cărucior pliant care poate fi transportat cu liftul. În ultimul timp se vând multe modele. Unele din ele sunt complicate şi greoaie. Se vor alege cele mai simple, uşoare, reglabile în funcţie de vârsta copilului şi de nevoi (locuinţă la etaj, transport în maşină aşezarea sugarului în diferite poziţii: culcat, semişezând, şezând etc.).

Cântarul pentru sugari este necesar pentru urmărirea creşterii greutăţii în primul an de viaţă (în primele luni, cântărirea se face săptămânal, iar după 8 luni, în fiecare lună).

2.1.1.2. Îmbrăcămintea (trusoul, laieta) Pregătirea obiectelor pentru înfăşat şi acoperit sugarul ar trebui făcute sau procurate de gravidă pe îndelete, cu câteva săptămâni înainte de naştere. În situaţia în care nu sau făcut niciun fel de pregătiri, tatăl trebuie să înjghebeze un trusou necesar la ieşirea din maternitate. Cumpărăturile se vor face în funcţie de anotimpul în care se naşte copilul (vara, iama). Se aleg obiecte din bumbac şi din lână. Pentru nou-născuţii cu

greutate mică şi mijlocie la naştere, se cumpără obiecte cu mărimea de 0 – 3 luni. La nou-născuţii cu greutate mare (peste 3.500 g) se procură de la început obiecte cu mărime de sugar de 3 – 6 luni. Este bine să se cumpere un număr mic de obiecte pentru că sugarul creşte repede: 10 cm în primele trei luni. Pentru familiile înstărite sugerăm următorul trusou:

– Un set de chiloţi scurţi, absorbanţi, denumiţi şi la noi în ţară „Pampers” (vezi „Scutecele”);

– 6 „bodys”, folosit şi la noi în ţară tot cu denumirea englezească şi care constă dintr-o cămăşuţă cu mânecă scurtă (rar cu mânecă lungă) care face corp comun cu un chilot scurt, acoperă trunchiul şi chilotul absorbant, fiind fixat între coapse cu 2 – 4 capse sau nasturi;

2 bonete de bumbac; 2 perechi de botoşei;

– 3 – 6 cămăşuţe;

– O pătură pentru acoperit;

– O căciuliţă de lână şi o „canadiană” cu glugă în anotimpurile răcoroase;

– Pentru dormit: o cămaşă cu mânecă lungă şi cu deschidere în faţă sau un sac de dormit din material subţire (vara) sau matlasat (iama).

De asemenea, se vor procura obiecte pentru baie (vezi pag. 77) şi pentru alimentaţie (vezi pag. 110). În săptămânile următoare trusoul se va completa cu obiecte necesare plimbării (îmbrăcăminte mai groasă etc.), eşarfe sau saci „portbebe” (fig. 2.5) şi scaune pentru maşină (pentru deţinătorii de maşină).

Dacă părinţii nu pot să-şi cumpere vreun

dispozitiv sau scaun pentru maşină, mama va ţine sugarul în braţe. La coborâre, mama va ieşi pe uşa dinspre bordura străzii şi niciodată pe partea dinspre carosabil.

Indiferent de vârstă, copilul nu va fi ţinut pe scaunul din faţă şi nici chiar pe genunchii mamei.

2.1.1.3. Purtarea în braţe

Sugarul mic trebuie culcat într-o poziţie comodă pe spate sau pe o parte (nu pe burtă!). Când este luat şi purtat în braţe, mama trebuie să fie atentă pentru că îi cade capul. El îşi va ţine capul între a 2-a şi a 3-a lună şi va sta pe şezut de abia la vârsta de 6 – 8 luni.

Fig. 2.5.
– Eşarfe şi/sau portbebe.

A. Sac ventral cu sprijin pentru cap pentru nou-născut.

B. Sac reglabil înfăşurând complet pe cei mai mici şi lăsând libere gambele la cei mai în vârstă.

C. Portbebe uşor şi impermeabil prevăzut cu o dublură caldă şi pufoasă.

D. Sac dorsal cu armătură metalică cu sprijin reglabil pentru cap şi cu umbrelă.

E. Sac dorsal cu şezut reglabil pentru sugari mai mari.

În figurile 2.6 – 2.9 sunt schiţate câteva variante de ridicare, de luare şi de ţinut sugarul în braţele mamei.

Fig. 2.6 – Ridicarea şi luarea sugarului mic în braţe în 3 variante. Se observă grija pentru a-i

sprijini capul

Fig. 2.7.

– Purtarea în braţe a sugarului mic în 3 variante ***(2,3).***

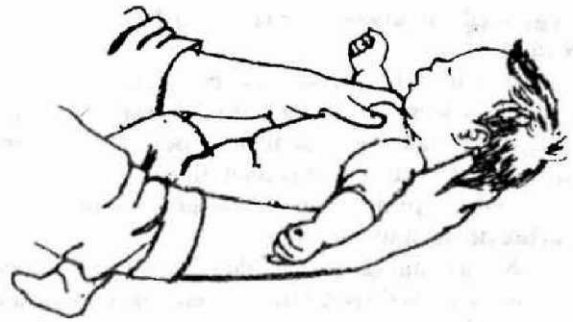


Fig. ***2.8.*** – întoarcerea sugarului mic. Mama cuprinde cu mâna stângă umărul stâng al sugarului, iar cu dreapta fixată sub ceafa acestuia îl întoarce pe o parte sau pe burtă.

Fig. 2.9 – Purtarea şi ţinerea în braţe a

sugarului mare (3 variante).

2.2. Îngrijirile nou-născutului în familie (data ieşirii din maternitate – a 28-a zi de viaţă)

Perioada de nou-născut (O-28 zile) constituie etapa de adaptare la viaţa extrauterină. Este perioada cea mai grea în ceea ce priveşte îngrijirile care se cer din partea mamei, medicului şi asistentei de familie.

Alimentaţia, îngrijirea pielii şi crearea unor condiţii corespunzătoare ale mediului extern (îmbrăcăminte, cameră corect încălzită şi aerisită, adaptarea vieţii de familie la sosirea noului venit, deprinderea mamei să observe şi să îngrijească nou-născutul) sunt de o importanţă considerabilă. Mama trebuie să înveţe să deosebească limitele normalului privind starea şi manifestările nou-născutului. Acest deziderat se impune din primele zile, deoarece în această perioadă au loc o serie de incidente fiziologice (icter, scădere în greutate, erupţii cutanate etc.), iar îmbolnăvirile au tendinţă de generalizare şi evoluţie rapidă. Pe lângă acestea, de o importanţă mare este cunoaşterea caracterelor neuromotorii ale nou-născutului. De la o fiinţă care doarme tot timpul, cu o faţă inexpresivă, cu pleoape strânse, nou-născutul ajunge (după 3 – 4 săptămâni) să „vadă”, să fixeze şi să urmărească cu ochii pe mamă sau un obiect care este mişcat la 30 – 40 cm de faţa lui. Din primele zile se întoarce când simte mirosul sânului mamei sale sau, uneori, vocea. Puterea de percepţie este înaintea posibilităţilor motorii.

Nou-născutul trebuie să fie urmărit de către asistenta de familie cu ajutorul mamei, care fiind

tot timpul cu el este mai în măsură să descopere progresele sau anomaliile de dezvoltare ale sugarului. Numai mama are posibilitatea de „a descoperi” la copil când şi cum geme, scânceşte, ţipă, strănută, se întinde, suge şi înghite.

2.2.1. Revenirea în familie

Externarea mamei şi nou-născutului la termen sănătos din maternitate, se face între a 3-a şi a 7-a zi de la naştere. La plecare, mama se va informa de la medicul pediatru care a îngrijit nou-născutul despre următoarele: a) greutatea şi lungimea nou-născutului naştere şi la plecarea din maternitate; b) ***amănunte despre alimentaţie*** (orarul; dacă nou născutul a primit şi altceva în afară de laptele de mamă; dacă sau întâmplat dificultăţi de alimentaţie etc.); c) dacă sau aplicat tratamente medicale nou născutului (ce medicamente, ce doze, durată, de ce); d) ***ce scor Apgar*** a obţinut nou-născutul în momentul naşterii; e) ***dacă nou-născutul a necesitat manevre de reanimare*** (administrare de oxigen, internare în secţia de reanimare) sau dacă a prezentat vreun semn de alarmă (convulsii etc.); f) dacă a fost vaccinat B.C.G. Şi cu vaccin împotriva hepatitei B; g) dacă să administrat vitamina D3 (sau D2) ce doză; h) dacă în perioada respectivă au fost ***infecţii*** (diarei, infecţii stafilococice cutanate, infecţii respiratorii etc.); i) dacă sau efectuat testele pentru depistarea fenilcetonuriei şi/sau a mixedemului.

În vederea primirii acasă a soţiei şi copilului, tatăl mai are de făcut următoarele:

– Se va statui cu medicul de familie şi cu asistenta de ocrotire de la dispensarul teritorial de copii asupra următoarelor probleme: a) pregătirile necesare pentru transportul mamei şi nou-născutului acasă (mijloc de transport, obiecte necesare înfăşării şi învelirii nou născutului); b) obiecte necesare pentru îngrijirea nou născutului la domiciliu (coş, scutece etc.); c) fixarea locului unde va fi instalat copilul în locuinţă; d) modul cum trebuie să se comporte cu mama şi cu nou-născutul; e) indicaţii despre alimentaţia sugarului şi lăuzei.

– Va apela la o rudă apropiată care să o ajute pe lăuză în primele săptămâni după naştere. Practic şi psihologic, după experienţa noastră, mama soţiei este persoana cea mai indicată.

– Paşnic, dar hotărât, va lua toate măsurile pentru excluderea oricăror vizite inoportune în primele zile după reîntoarcerea soţiei şi sugarului din maternitate.

– Chiar dacă până acum nu a făcut-o, tatăl este dator ca, de acum înainte, cel puţin în primele luni de viaţă ale sugarului, să se ocupe de toate problemele de aprovizionare ale familiei şi să se integreze în toate treburile de gospodărie interioară.

Primele zile după venirea din maternitate. Dacă totul a decurs normal, mama şi nou-născutul sunt externaţi din maternitate cât mai repede, de obicei începând din a 3-a zi după naştere. Este un mare avantaj când mama şi nou-născutul sunt aduşi cât mai repede în familie,

unde este locul cel mai potrivit pentru adaptarea nou-născutului şi pentru noua misiune a mamei. Instalarea secreţiei lactate, legătura permanentă mamă copil, uniformitatea mediului înconjurător, îngrijirile făcute de aceeaşi persoană şi evitarea infecţiilor intraspitaliceşti sunt câteva din avantajele aducerii precoce a mamei şi copilului în mediul familial.

Zilele şi săptămânile care urmează sunt cele mai grele. În prezent, în ţara noastră, toţi copiii se nasc în maternitate. Datorită acestui fapt, primejdiile care pândeau pe mamă şi nou-născut în momentul naşterii, prin lipsa de asistenţă medicală şi de condiţii de igienă, au dispărut. Ceea ce face statul pentru asistenţa naşterii trebuie continuat şi în familie în îngrijirea copilului.

În trecut, experienţa şi superstiţiile se transmiteau de la o generaţie la alta, iar mortalitatea nou-născuţilor şi a mamelor era mare.

În condiţiile vieţii moderne creşterea unui copil nu mai poate fi lăsată pe seama „instinctului matern”. Cei doi parteneri, tatăl şi mama, trebuie să fie conştienţi că „misiunea de părinţi” este cea mai importantă din cadrul existenţei fiecăruia dintre noi. Dacă nu a făcut-o până acum, tatăl copilului este dator să anunţe medicul de familie de la care mama va primi îndrumările necesare. Chiar din a doua zi, mama şi nou-născutul vor fi vizitaţi de către medicul de familie sau medicul particular şi de asistenta de ocrotire. Medicul de familie examinează în mod periodic sugarul. Chiar

dacă este sănătos, orice copil trebuie urmărit de medic. Nou-născuţii sănătoşi sunt examinaţi la domiciliu, sugarii sănătoşi vor fi duşi la cabinetul medicului de familie. Acesta va urmări greutatea, dezvoltarea motorie şi psihică, va fixa alimentaţia şi va elabora un plan de prevenire a îmbolnăvirilor (administrare de vitamine, vaccinări, călire prin aer, soare şi exerciţii fizice etc.). Caietul copilului

O mamă tânără are o mulţime de întrebări de pus medicului şi asistentei de ocrotire. Aceştia vor da, verbal şi în scris (într-un caiet special), indicaţiile corespunzătoare; în acelaşi caiet mama va nota toate întrebările, pe măsură cei vin în minte.

Pe coperta caietului se vor nota: numele şi prenumele copilului, evoluţia sarcinii, data naşterii şi a examinării din maternitate, greutatea şi lungimea la naştere, perimetrul cranian, scorul Apgar, maternitatea în care s-a născut, data vaccinării cu B.C.G. Şi împotriva hepatitei B, precum şi administrării primei doze de vitamina D. Ambii părinţi vor nota observaţiile lor despre sugar, iar lunar vor face un bilanţ al progreselor observate (când a plâns cu lacrimi, primul zâmbet, ziua în care a „ţinut” capul, când a stat în şezut, primele silabe şi cuvinte pronunţate, erupţia primilor dinţi etc.), datele la care să administrat vitamina D, vaccinările, internările în spital etc.

Recomandările medicului şi asistentei de ocrotire se fac în scris. Cel mai bun medic al unui copil este acela care-l vede tot timpul. Experienţa a demonstrat că urmărirea medicală regulată asigură depistarea precoce a devierilor de la

dezvoltarea normală a sugarului, în acelaşi timp luarea de măsuri la primele semne de îmbolnăvire evită catastrofele ce pot surveni în existenţa unui sugar. Modificările conţinutului alimentaţiei, orarul meselor, modalităţile de îngrijire şi de educaţie se vor stabili împreună cu medicul de familie. ***Încrederea în medic.*** Mama nu trebuie să se jeneze să pună orice întrebare medicului, chiar dacă unele par simple sau ridicole. Cadrele medicale sunt obligate să o ajute pe mamă şi să lămurească orice nedumerire. Teama de a nu indispune pe medic nu trebuie să reţină pe părinţi de a solicita asistenta medicală, dacă în starea sugarului a apărut ceva neliniştitor. Sănătatea copilului este mai presus de orice. ***Rolul asistentei de ocrotire.*** De la asistenta de ocrotire mama va cere toate sfaturile practice de care are nevoie. Asistenta de ocrotire va îndruma asupra felului cum să „instaleze" pe noul venit, va răspunde la toate nedumeririle mamei, îi va demonstra cum se îngrijeşte şi cum se alimentează sugarul. Observaţiile şi sfaturile se consemnează în caietul copilului. Va ţine legătura cu medicul de familie şi va pune în practică recomandările acestuia.

Pe lângă sfaturile medicale propriu-zise, asistenta de ocrotire va învăţa pe mamele tinere cum să organizeze munca, cum să folosească bugetul familiei, ca să-şi aranjeze casă, pe scurt va deveni chiar un element de civilizare acolo unde este cazul. Asistenta de ocrotire va indica familiei tot ce este necesar, de la „trusoul" sugarului până la alimente ce trebuie procurate pentru mamă şi

sugar.

Toate acestea se vor discuta de la om la om, cu toată sinceritatea, având grijă de a nu jigni.

Gândurile şi grijile întregii familii vor fi îndreptate în primul rând către mamă. De luni şi luni de zile, organismul mamei a fost adaptat la prezenţa fătului, în momentul naşteri intervine o schimbare bruscă. Această modificare biologică (hormonală etc.) intensă se produce ca un şoc. Urmarea cea mai pregnantă este apariţia aşa-numitelor „lacrimi de lăuzie”. Este suficient ca nou-născutul să sugă mai puţin, ca soţul să-şi exprime cine ştie ce îndoieli despre mamă sau nou născut sau ca mama să constate că nicio fustă nu-i mai vine bine, pentru ca să verse şiroaie de lacrimi. Acum începe rolul soţuluitată, care trebuie să arate înţelegere pentru aceste manifestări de depresiune.

Gânduri pentru căsnicie. Tânăra femeie rămâne soţia bărbatului ei, chiar dacă a devenit şi mamă. Deşi dominată de instinctul matern, ea este datoare să vegheze, ca şi până acum, la drepturile soţului, să manifeste acelaşi interes şi afecţiune pentru el. O planificare corectă a timpului permite mamei să se ocupe de copil, de soţ şi de ea însăşi. Pentru aceasta este nevoie de puţină încredere în sine; orice mamă se descurcă cu propriul copil. Civilizaţia a pus la îndemâna mamei numeroase înlesniri: lapte adaptat, îmbrăcăminte gata confecţionată pentru sugar, frigider, maşină pentru spălat rufe, preparate alimentare industriale, mixer, presa de fructe etc., cu ajutorul cărora realizează economie de timp.

Primirea nou-născutului de către fraţi şi surori. Pentru un copil sensibil, venirea unui frate sau a unei surori este o sursă de emoţie profundă. El este fericit să proclame această naştere la toate persoanele pe care le întâlneşte şi la micii săi prieteni (la grădiniţă sau la şcoal). Dacă „bebe” este de acelaşi sex, copilul mai mare se socoteşte superior faţă de acest nou-născut. Un frate mai mic pentru o „soră mare” (sau invers) provoacă puţină teamă faţă de necunoscutul pe care-l întruchipează. Când fraţii sunt mai mari, surpriza dublată de puţină anxietate nu mai este atât de profundă, mai ales dacă sunt deja mai mulţi copii în casă. Naşterea poate antrena o mare tulburare la copii foarte sensibili şi timizi. Se întâmplă ca în timpul internării mamei în maternitate, copilul (copii) să fie dus în altă familie; dacă este dus la bunici sau alte rude apropiate (unde este de obicei răsfăţat), reacţiile vor fi mai puţin importante; dacă plasamentul se va face la străini (prieteni), este posibil ca această îndepărtare să fie interpretată ca o excludere şi să-l tulbure pentru mai multă vreme, chiar dacă tatăl său îl aduce seara acasă.

Copiii între 2 şi 5 ani dovedesc o multitudine de sentimente complexe şi contradictorii (curiozitate şi interes, gelozie şi nelinişte, decepţie, chiar ostilitate) care pot fi la originea unor conflicte psihologice. Ei le traduc prin atitudini multiple; mai întâi, ei se apropie mereu de „bebe”, pe care-l privesc, îl ating, îl gâdilă, îl ciupesc, din nevoia de ai provoca reacţii. Cel mai „mic” devine centrul de interes al celui „mare”

care încearcă să-i atragă atenţia arătându-i jucăriile şi cărţile sale; el ţipă, cântă, ceea ce atrage adesea, din partea adulţilor, o atitudine violentă, de neînţeles pentru copil, în aceste zile şi în săptămânile care urmează, copiii se pot manifesta variat: a) băieţii care până atunci foloseau oliţa încep din nou „să facă în pantaloni”; b) fetiţele (mai ales) cer să-şi bea laptele numai cu „biberonul”, aşa cum i se dă lui „bebe”; în astfel de situaţii, pentru a nu le priva de lapte şi pentru a nu lărgi gama de reacţii negative, suntem de părere să se accepte temporar această dorinţă de circumstanţă; c) apare sau se accentuează nevoia de aşi suge degetul; d) în timpul alăptării sugarului, copilul mai mare vrea să stea lipit sau chiar pe unul din genunchii mamei; e) alteori (mai rar, este adevărat) copilul între 2 şi 5 ani are atitudini agresive şi ostile, ce au loc chiar în prezenţa părinţilor; sunt impulsuri imposibil de controlat.

La copiii mai mari (6 – 12 ani) pot apărea: scăderea randamentului şcolar, tendinţa de izolare sau de a pleca de acasă, căutând societate în afara familiei (alţi copii de vârsta lor, bunici etc.). În familiile unde copilul unic la părinţi aşteaptă un frăţior, fetiţele, pe lângă o mândrie declarată peste tot, sunt preocupate şi grijulii, cu atitudini şi gesturi ce imită pe ale mamei. Chiar în astfel de situaţii, pentru că un copil mic nu are discernământul ca de la un gest de mângâiere sau de îngrijire să nu ajungă la un act de agresiune pentru cel mic, nou născutul nu va fi lăsat singur în societatea lui (pericol de sufocare, răsturnarea

coşului, cădere, administrare de alimente necorespunzătoare, aplicarea de substanţe cosmetice etc.).

Aceste reacţii normale pot fi atenuate printr-o atitudine înţelegătoare din partea părinţilor, înainte de naştere, se va vorbi copilului cu moderaţie, despre viitorul „bebe”, arătându-i că şi el a fost aşteptat la fel în urmă cu câţiva ani şi ajutându-l la pregătirea camerei sau colţului pentru cel aşteptat. Un mic dar, în momentul reîntoarcerii din maternitate, măreşte fără îndoială bucuria de a revedea mama cu un pui de om adormit şi plângăreţ. Este bine, de asemenea, de ai cere ajutorul (spunându-i că „este mare”) antrenându-l la mici servicii care îl fac să crească în ochii lui.

A se ocupa de nou-născut este o mare bucurie pe care i-o acordă mama sa: se anunţe când plânge, se ajute când pregăteşte biberonul sau când îl înfaşă. Mândria şi atitudinea lui sunt de-a dreptul înduioşătoare. ***Din partea tatălui,*** ca gesturi de afecţiune faţă de copilul mai mare, recomandăm: a) să-l mângâie mai mult decât pe cel mic; b) să-şi găsească timp pentru joc şi plimbare; c) să-l asigure tot timpul că el nu a pierdut nimic din dragostea părinţilor; d) să-l felicite pentru o iniţiativă mai mult sau mai puţin fericită, dar care izvorăşte dintr-o intenţie bună; e) să tolereze (şi aceasta este mai dificil) chiar regresiunea în dezvoltarea psihomotorie (care este trecătoare) şi în comportamentul general al copilului. ***În concluzie,*** indiferent de vârsta fraţilor (surorilor) mai mari, familia trebuie să facă

totul pentru ca aceştia să nu aibă impresia că sunt trecuţi pe un plan secundar şi să nu adopte faţă de cel mic atitudini preferenţiale. ***Ajutorul bunicilor.*** Prima lună după naşterea copilului este cea mai încărcată din viaţa mamei. Pe lângă asistenta de ocrotire şi tatăl copilului, este necesar şi ajutorul unei a treia persoane. Oboseala şi surmenajul din perioada de lăuzie pot avea urmări nefaste pentru sănătatea sugarului şi mamei. Este de dorit să existe o bună înţelegere între cele două bunici ale copilului. Acestea se vor strădui să menajeze pe mama copilului, atât fizic, cât şi psihic, în primul rând, bunicile nu trebuie să încerce să dirijeze totul şi să o trateze pe mamă ca pe un copil. Mama simte că nou-născutul este în primul rând copilul ei, căi aparţine exclusiv şi că este în stare să-l crească singură. Bunicile sunt obligate să-şi strunească pornirile de posesiune şi de diriguire, oferindu-şi numai experienţa şi o participare activă la treburile casnice, printr-o prezenţă discretă şi agreabilă.

Tinerii părinţi, la rândul lor, trebuie să ştie că bunicii copilului sunt persoanele care, datorită dragostei pe care o poartă, oferă acestuia o îngrijire de care nu este în stare nici cea mai harnică persoană străină.

În lipsa bunicilor se poate apela la o prietenă a mamei pentru ajutor în gospodărie, în oricare eventualitate ajutorul cel mai eficient este asigurat de tată. La epuizarea concediului mamei, în locul creşei sau al unei persoane străine, este de preferat ca micul copil să fie încredinţat bunicilor, chiar acceptând unele compromisuri; ar

fi iluzoriu de a se aştepta ca bunicii să respecte toate normele stabilite de părinţi. Dar, oricât de greşite ar fi unele concepţii ale bunicilor în ceea ce priveşte îngrijirea copiilor, ei o fac întotdeauna cu dragoste şi pasiune. De altfel, mulţi bunici, după pensionare, se obişnuiesc greu cu inactivitatea; creşterea nepoţilor le dă prilejul de a fi iar folositori existenţa lor căpătând un conţinut nou şi un stimul de viaţă. ***Vizitele.*** În primele zile după întoarcerea în familie, mama şi nou-născutul au nevoie de linişte. Vizitele, oricât de bine intenţionate, nu sunt bine venite înainte de 4 – 5 zile. Mama şi nou-născutul nu sunt obişnuiţi cu noul program al zilei, deosebit de cel din maternitate. Mama este nouă în rol, adesea suprasolicitată de alăptare, de îngrijirile nou-născutului şi de treburile gospodăreşti. Pe de altă parte, are un psihic labil, este susceptibilă de a fi contrariată de unii nepoftiţi sau de discuţii şi interpretări neavenite; cea mai mică ironie sau critică o răneşte profund. Agitaţia produsă de „du-te – vino” al vizitatorilor duce la încărcarea atmosferei, cu enervarea mamei, ceea ce face ca nou născutul să plângă, să sugă mai greu, să regurgiteze şi să doarmă mai puţin.

Nou-născutul va fi privit de la distanţă; este interzis oricărei persoane (în primele zile, inclusiv tatălui şi bunicilor) de al lua în braţe, de al săruta, de a se „juca” cu el, de ai „vorbi” din apropiere şi chiar de al atinge. Mama trebuie să fie fermă pentru a interzice un astfel de comportament, care, pe lângă inconvenientul de a crea stări de agitaţie, poate duce la transmiterea unor infecţii.

Trebuie evitate conversaţiile cu vocea prea tare, ceea ce este obositor pentru mamă şi poate trezi pe sugar dacă ora alăptării se apropie. Această precauţie este şi mai necesară în timpul alimentaţiei sugarului. Convorbirile la telefon, mai ales dacă sunt lungi şi la ore nepotrivite, pot fi stânjenitoare. De altfel nu este permis mamei să întrerupă alimentaţia copilului; orice bruscare poate declanşa ulterior dificultăţi de alimentaţie.

Darurile. O naştere este un prilej de a se oferi daruri. Un vechi obicei românesc este ca la naşterea unui nepot, bunicii să ofere bijutieri sau alte obiecte de preţ de familie (podoabe, covoare, scoarţe, costume naţionale etc.). Mai recent, tatăl copilului oferă mamei bijuterii (o brăţară, un colier, un ceas etc.); toate acestea dovedesc afecţiunea ce există între cei doi soţi pe de o parte, iar pe de altă parte legăturile trainice între generaţii, în cadrul unor tradiţii ce dau conţinut şi farmec vieţii de familie. Acestea nu trebuie să fie nici obligaţii, dar nici singurele manifestări de bun venit şi de tandreţe.

Vizitatorii pot aduce flori, dar cu condiţia ca mirosul lor să nu fie prea puternic. Este bine ca florile să nu fie prea numeroase sau prea mari, pentru a nu deveni supărătoare. O vază cu flori la o familie tânără este binevenită.

De asemenea, obiecte de îmbrăcăminte tricotate cu mâna, jachete, bonete, căciuliţe, botoşei, scutece absorbante, prosoape, truse de toaletă (perie, săpunuri, creme, pudră, forfecuţă de unghii), biberoane, tetine etc., fac plăcere şi sunt foarte utile.

În ultimul timp să încetăţenit moda „coordonării”, care are avantajul că familia primeşte daruri în funcţie de necesităţi. Aşa cum pe alocuri se face o „listă de mariaj” se poate întocmi o „listă de naştere”. Această formulă (pentru moment puţin răspândită) are avantajul că evită acumularea unor daruri în mai multe exemplare. Astfel, rudele apropiate se informează reciproc şi aduc daruri pentru a completa trusoul necesar copilului: o garnitură cu scutece, pături, cădiţă, cântar, presă de fructe, ceas de perete, iar pentru rudele mai înstărite: frigider, cărucior, mixer, maşină de spălat. Am întâlnit situaţii în care rudele şi/sau prietenii se grupează pentru a oferi un obiect mai important. Somnul a) Unde doarme nou-născutu Dacă este posibil, este bine ca el să aibă cât mai devreme o cameră în care să doarmă singur sau cel mult cu mama.

În familiile în care nou-născutul locuieşte în aceeaşi cameră cu adulţii se va alege pentru coş sau pat un loc ferit de curent, luminos şi liniştit.

Nou-născutul nu va fi instalat într-o cameră în care să locuiască numai cu fratele mai mărişor.

Bucătăria, cu atmosfera de umezeală şi cu temperatura inconstantă, ca şi încăperile cu fum de ţigară, sunt dăunătoare pentru sănătatea şi somnul sugarului.

Nou-născutul are nevoie de t w confort şi aer.

Este bine ca familia să se obişnuiască de la început să nu se ocupe fără motiv de sugar. Este suficient dacă mângâierile, îmbrăţişările, „convorbirile” se materializează numai prin contactul impus cu prilejul băii zilnice, înfăşatului

şi alimentaţiei. De la început se va vorbi cu el într-un limbaj natural, cu o voce caldă; va fi îngrijit cu calm şi, pe cât posibil, de aceeaşi persoană. Sugarul are nevoie de uniformitate în îngrijire, de linişte absolută, de respectarea programului de somn.

b) ***Patul copilului*** (vezi pag. 47)

c) Aşezarea nou-născutului şi sugarului în pat Nou-născutul sănătos va fi culcat pe partea pe care o acceptă; rareori pe spate cu faţa în sus; şi adeseori capul este sprijinit pe unul din obraji. Nou-născutul la termen este în stare să întoarcă capul, începând de la vârsta de 2 – 4 săptămâni.

În ultimul timp, se contraindică culcarea nou-născutului şi sugarului pe burtă, considerându-se ca fiind una din cauzele morţii subite.

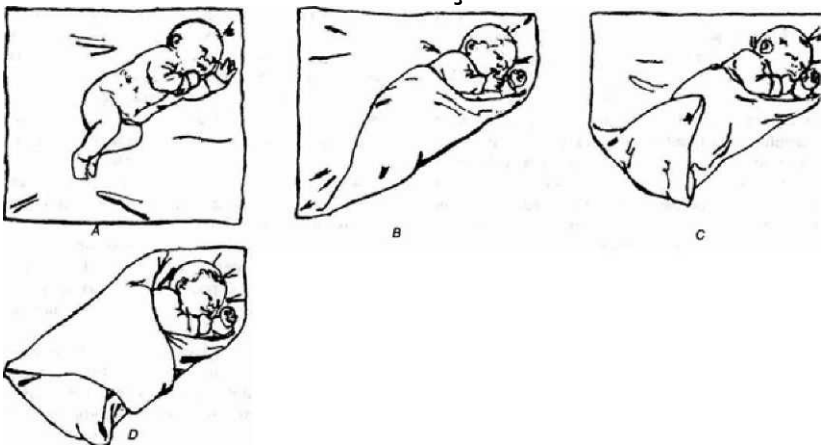


Fig. ***2.10*** – învelirea şi aşezarea nou-născutului în pat.

a) Sugarul „înfăşat” cu „pampers”, botoşei şi „body” cu mâneca lungă este aşezat pe pătură (forma pătrată) în diagonală; b) Colţul din dreapta al păturii se îndoaie şi se aduce peste corp până

sub spatele sugarului:

c) Apoi se întoarce colţul din dreapta al păturii în aşa fel ca picioarele să poată să se mişte, să pedaleze; d) Pentru somn colţul stâng al păturii se trage spre dreapta şi se bagă dedesubt. Astfel i se asigură nou-născutului un culcuş asemănător cu uterul mamei.

Cum se înveleşte copilul în timpul somnului? Se va folosi o păturică uşoară din lână învelită într-o husă de pânză de culoare deschisă, uşor de spălat

Pentru nou-născut şi sugarul mic socotim că metoda cea mai bună este cea schiţată în fig.2.10 a, b, e şi d. În timpul iernii, peste pătura cu care se înveleşte după metoda de mai înainte se poate adăuga o plăpumioară matlasată sau cu puf. Boneta şi căciuliţa nu sunt necesare; numai când este frig (în cameră sau la plimbar) se acoperă capul în funcţie de anotimp şi de vârsta copilului.

Se recomandă sacul de dormit? Copilul doarme liniştit atât ziua, cât şi în timpul nopţii. De abia când creşte şi începe să „pedaleze” (2 luni) el se poate dezveli, şi de aceea se poate folosi, mai ales în cursul nopţii, un sac de dormit. Acesta va fi încheiat cu nasturi.

Nu se vor folosi niciun fel de şnururi sau şireturi, având în vedere pericolul de strangulare.

Aer şi lumină. Ca orice fiinţă, sugarul are nevoie de aer şi lumină, pentru a trăi şi a se dezvolta. În plus, acestea stimulează activitatea pielii, circulaţia sângelui şi toate procesele vitale. Organismul încă fragil se deprinde treptat să-şi păstreze şi să-şi autoregleze temperatura, înainte

de a se culca sugarul, se va aerisi încăperea (fie mutându-l în altă cameră, fie prin intermediul unei camere vecine). În funcţie de starea de sănătate, de anotimp, de starea vremii (nu va fi scos afară dacă este ger, ceaţă densă, ploaie, viscol) şi de condiţiile în care locuieşte familia, sugarul va fi scos la aer.

2.3. Nou-născutul normal

2.3.1. Primul examen medical

La venirea din maternitate, cu prilejul primei vizite medicale, părinţii au pe buze ca primă întrebare; ***este sănătos copilul nostru?*** La marea majoritate răspunsul este da. Cum ajunge medicul la concluzia că nou născutul este într-adevăr normal şi sănătos?

Examenul medical al unui nou-născut începe cu o convorbire care are ca subiecte evoluţia sarcinii şi desfăşurarea naşterii actuale; istoria sarcinilor şi naşterilor anterioare; starea de sănătate a părinţilor şi eventual a rudelor apropiate; ce s-a întâmplat cu nou născutul după naştere1. Este un adevărat interogatoriu, în care părinţii trebuie să fie sinceri, exacţi în răspunsuri, răbdători şi convinşi că mulţimea de întrebări ce se pun este în interesul copilului lor.

Înainte de a începe examenul atât ***medicul cât şi mama se spală pe mâini.*** Aşa cum să mai spus, observarea şi îngrijirile sugarului se fac într-un mod comod pentru mamă şi medic, pe o masă, un birou, un scrin sau o masă de înfăşat, mai înaltă şi cu o suprafaţă corespunzătoare pentru aşezarea sugarului şi a obiectelor necesare pentru îngrijirea lor, în ultimul timp au apărut în comerţ o

„miniatură” de masă de înfăşat, deplasabilă. Constă dintr-o piesă lungă, de 70 – 80 cm, scobită la mijloc, ca o covată, cu marginile ridicate, matlasată cu un material sintetic, lavabil. Medicul sau asistenta de ocrotire, împreună cu familia, vor alege unde să plaseze masa de înfăşat sau „înlocuitorul” ei. Aceasta se acoperă cu o pătură obişnuită, îndoită, deasupra căreia se întinde o bucată de muşama sau de material plastic, iar peste aceasta un cearşaf mare împăturit în două sau în patru, astfel încât să acopere toată suprafaţa mesei. Pe paturile scunde ale adulţilor, îngrijirile se fac incomod şi obositor pentru mamă, înainte de a dezbrăca nou-născutul, se închid ferestrele, iar mama şi examinatorul îşi spală şi încălzesc mâinile.

Totul se desfăşoară fără grabă, metodic, cu calm deplin, cu gesturi sigure, cu manevre simple şi corecte. Mama este impresionată cum medicul examinator cercetează toate părţile corpului acestei mici vietăţi. Examenul clinic se face după un plan precis, din care să nu scape nimic.

1 Toate aceste date sunt de obicei consemnate în biletul de externare al mamei şi în fişa de legătură a nou-născutului. Un bun observator sesizează foarte multe elemente de diagnostic înainte de a fi dezbrăcat nou-născutul, în timpul cât a discutat cu mama, în cadrul unei convorbiri făcute pe îndelete, la care participă toată lumea stând pe scaun, medicul sesizează: starea psihică a mamei; dacă în familie există armonie şi înţelegere; topografia locuinţei; nivelul de civilizaţie şi igienă al familiei; gradul de

educaţie sanitară şi de pregătire pentru rolul de părinţi; înzestrarea sugarului, greşelile de plasare a mobilierului în vederea instalării mamei şi sugarului etc. Aprecierile medicului şi asistentei de ocrotire despre sănătatea nou-născutului, organizarea îngrijirilor (dotare, orar, persoane etc.) vor fi adaptate particularităţilor familiei, gradului de instrucţie, condiţiilor materiale ale locuinţei.

Între timp, medicul a fost atent la nou-născut care urmează să fie examinat (dacă doarme, dacă este agitat; faţa, poziţia în care stă în pat; manifestări anormale). Ordinea examenului nou-născutului nu este aceeaşi ca la adult; nou-născutul este lăsat cât mai mult nemişcat; se face totul pentru ca el să nu ţipe; manevrele mai brutale (ascultaţia regiunii spatelui, unele manevre în cadrul investigaţiilor neurologice şi examenul gurii) se fac la urmă. ***Este normal copilul?*** Aceasta este întrebarea pe care a pus-o mama încă din maternitate. Indiferent de asigurările date de obstetrician şi de pediatrul din maternitate, familia rămâne multă vreme cu această întrebare obsesivă exprimată faţă de orice medic ce examinează copilul în cadrul familiei. Acum, în familie, medicul, asistenta de ocrotire şi părinţii (îndeosebi mama) au condiţii optime pentru a observa şi cunoaşte noul venit, în paginile care urmează se va da o serie de noţiuni (unele mai complicate, este adevărat) ce pot fi utilizate pentru cunoaşterea generală a sugarului şi pentru depistarea unor manifestări anormale. Este nevoie ca, în această epocă de progres,

adulţii să fie înarmaţi cu cunoştinţe temeinice, aprofundate, privind atribuţiile lor de părinţi. Creşterea unui copil nu mai constituie o problemă de instinct, de tradiţie sau de meşteşugărism îngust când orice tânăr are atâtea cunoştinţe din toate domeniile, când instruirea de bază în ţara noastră durează 12 ani de şcolarizare, credem că se poate pretinde că părinţii să deţină un bagaj de noţiuni de un nivel mai înalt, absolut necesar celei mai fireşti misiuni a unei existenţe umane: creşterea şi educaţia urmaşilor.

2.3.2. Dezvoltarea fizică

2.3.3. Greutatea

La naştere greutatea medie a unui nou-născut este de 3.000 – 3.500 g.

Aşa cum s-a arătat anterior, majoritatea nou născuţilor scad în greutate, în primele zile după naştere, cu circa 5 – 10% din greutatea iniţială. Recuperarea acestei pierderi se face în primele 7 – 15 zile de viaţă. Aceasta înseamnă că, în mod obişnuit, în prima lună creşterea este de 500 – 550 g, adică la o lună sugarul cântăreşte 3.600 – 4.000 g. Bineînţeles că progresul ponderal depinde atât de greutatea de la naştere, cât şi de scăderea fiziologică în greutate. Din motive didactice, în manuale se scrie că nou y! născuţii cresc cu 750 g în prima lună. În practica de toate zilele acest salt ponderal este rareori întâlnit: de aceea, mamele şi asistentele de ocrotire nu se vor alarma dacă sporul ponderal al sugarului nu atinge 750 g în prima lună de viaţă.

a) ***Creşterea zilnică este neregulată.***

Creşterea de 30 g/zi reprezintă numai o medie calculată din totalul greutăţilor din mai multe zile. Greutatea nou-născutului variază mult de la o zi la alta. Micile neregularităţi se compensează de la sine.

b) ***Cât de des se cântăreşte?*** Nou-născutul nu trebuie cântărit zilnic. Este suficient un singur control pe săptămână, făcut totdeauna la aceeaşi oră şi cu acelaşi cântar. Oscilaţiile în greutate pot declanşa probleme nejustificate în familiile anxioase.

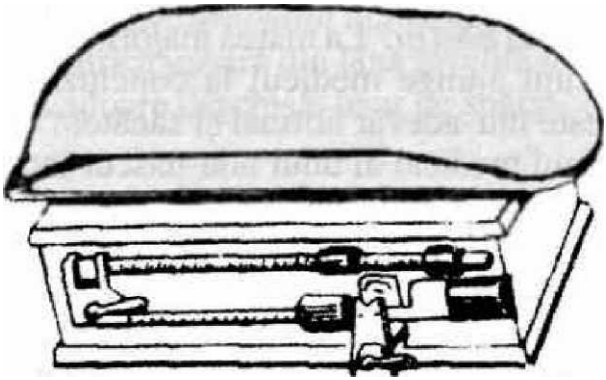


Fig. ***2.11*** – Cântar pentru sugari.

Dacă este vorba de un nou-născut prematur, subponderal sau bolnav, sunt necesare cântăriri mai frecvente. Dacă există cântar în casă este bine ca prima cântărire să se facă în ziua sosirii de la maternita, pentru că există uneori diferenţe importante între cântare.

1 Vezi Tabelul 1.1, pag 23.

Cifrele constatate la fiecare cântărire se notează în caietul întocmit de mamă după indicaţiile medicului sau ale asistentei de ocrotire.

2.3.4. Talia (lungimea)

Fig. 2.14 – Măsurarea distanţei dintre creştetul capului şi coccis.

Talia (lungimea) medie este de 50 cm, cu extreme între 46 şi 54 cm, în instituţii se măsoară cu pedio metrul, iar în familie se poate măsura cu o panglică metrică prin întinderea sugarului culcat pe spate pe un plan dur, perfect orizontal şi fixându-i limitele între cap şi tălpi cu două cărţi copertate. Cifrele obţinute sunt mai puţin precise din cauză că extensia membrelor inferioare nu se poate face perfect, tonusul muşchilor membrelor inferioare fiind crescut.

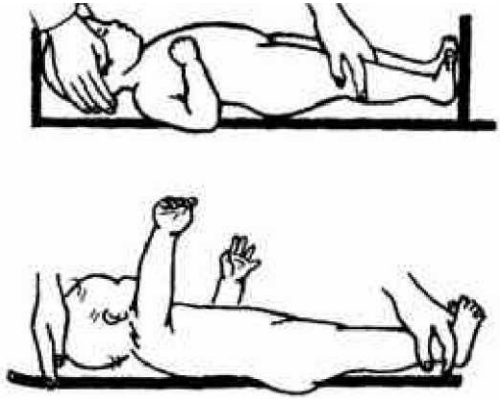


Fig. ***2.12*** – Măsurarea lungimii sugarului cu podiometru şi la nevoie cu o panglică metrică.

Fig. 2.15 – Măsurarea perimetre lor: a) cranian; b) toracic (nivelul mameloanelor); c) abdominal (peste ombilic).

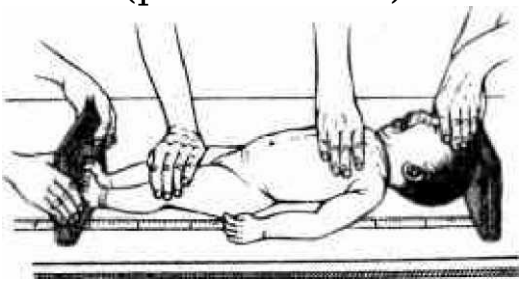


Fig. ***2.13*** – Măsurarea lungimii sugarului în familie (cu două cărţi şi cu o panglică metrică).

Distanţa vertex (creştetul capului) – coccis este mai precisă decât lungimea vertexcălcâi; în medie este de 34 cm (egală cu perimetrul cranian).

2.3.5. Perimetre a) ***Perimetrul cranian*** se măsoară la nivelul cel mai mare al circumferinţei capului; în medie este de 34 cm, cu extreme între 32 şi 36 cm.

b) ***Perimetrul toracic*** este egal sau mai mic cu 2 – 3 cm decât perimetrul cranian (în medie 32 cm).

2.3.6. Pielea

Pielea este catifelată şi elastică. Când se pipăie sau se apucă între degete pielea împreună cu ţesutul grăsos de sub piele, avem o senzaţie

plăcută de ţesut în stare de tensiune, elastic, ce revine repede la starea iniţială. Este ceea ce medicii numesc ***uturgor".***

a) ***La nou-născuţii prematuri,*** la sugarii cu diaree gravă, la distrofici ***turgorul*** este mult diminuat sau dispare cu totul; pielea este moale, flască, dacă se apucă o cută („plică") de piele, mai ales de pe abdomen, aceasta „persistă" câteva secunde (dispare lent) în caz de deshidratare. La nou-născuţii din sarcină, la cei care au suferit în perioada intrauterină, turgorul este de asemenea diminuat, iar pielea poate fi zbârcită, încreţită. Conţinutul excesiv în apă, mergând până la apariţia de edeme, poate sugera în mod greşit, la prematur, un turgor bun, dar suprafaţa cutanată este lucioasă, ţesutul de sub piele este moale, la apăsare rămâne urma degetului. Pielea nou-născutului reacţionează foarte uşor la excitanţii externi. Dacă se excită cu degetele examinatorului o zonă oarecare a pielii pot apărea pete mari roşii pe o parte a corpului mai mult decât pe cealaltă. Această reacţie cutanată exagerată se datorează probabil unor deficienţe ale reglării circulaţiei sanguine; dispare în câteva luni, în timpul somnului, nou-născutul este de obicei mai palid decât în starea de veghe, în special în jurul gurii.

b) După dispariţia stratului umedgrăsos (vernix ***caseosa)*** pielea suferă un proces de desicaţie (uscare) şi, ca urmare, se descuamează în lamele mai mari sau mai mici (uneori ca tărâţele). În general, culoarea roz sau roşie (eritrodermia nou-născutului) dispare după primele zile de viaţă. La prematuri poate fi mai

pronunţată şi se menţine mai multă vreme.

Uneori, după revenirea din maternitate, fie în urma contagiunii de la alţi copii, fie prin folosirea de lenjerie murdară, fie pentru că nu se face corect toaleta pielii, apar infecţii ale pielii sub formă de pustule, mici abcese sau chiar furuncule, care necesită îngrijiri corecte şi tratament medical prompt.

c) ***Culoarea gălbuie a tegu*** din primele zile de viaţă este expresia icterului fiziologic (vezi capitolul anterior).

d) ***Culoarea albăstruie (cianoza) a feţei şi uneori şi a extremităţilor*** (mâinilor şi picioarelor), accentuată după ţipete, pune unele probleme în ceea ce priveşte sănătatea copilului, aşa că trebuie înştiinţat de îndată medicul.

La cei la care naşterea a fost dificilă (prelungită, manevre obstetricale speciale, aplicarea de forceps) se pot constata leziuni superficiale ale pielii (roşeaţă, vineţeală, necroză de presiune) pe cap, faţă, alte zone ale corpului (pe fese în caz de prezentaţie pelviană), dar acestea trec în câteva zile.

e) ***Petele roşii*** sub formă de „fragă roşie de pădure”, de diferite dimensiuni, una sau multiple, se întâlnesc relativ frecvent; mai târziu pot fi tratate cu succes de dermatolog. Poartă numele de f) ***Pe frunte, pleoape supe, ceafă,*** mai rar pe nas, se observă uneori pete roşii neproeminente date de aglomerări şi dilatări de vase capilare sanguine. Aceste zone roşii („pete vasculare”.

„Ciupitura berzei”) se accentuează când nou-

născutul ţipă. ***De regulă dispar în primul an*** de Numai în mod excepţional cele care sunt la nivelul rădăcinii nasului sau pe frunte se şterg aparent, dar rămân toată viaţa, devenind abia vizibile în timpul emoţiilor sau eforturilor, când se congestionează.

g) ***Descuamări*** (vezi capitolul 1, pag. 31).

h) ***Sudamina*** sau „roşeaţa de căldură" apare mai ales dimineaţa şi dispare după-amiaza, sub forma unor mici ridicături roşii cu vârful albicios; se datorează acumulării de transpiraţie. Poate duce la inflamaţia pielii cu roşeaţă difuză, mai ales pe la cutele pielii. Este bine să nu fie tratată. Aplicaţia de creme agravează acumularea de sudoare în canalele sudoripare şi fenomenul se accentuează. Singurul tratament este evitarea căldurii în exces şi, cel mult, pudraj cu talc simplu. Părinţii trebuie să se obişnuiască cu aceste erupţii. Sugarul este mai puţin afectat decât părinţii. i) ***Eritemulfesier („opăreala"*** sau ***iritaţia)*** este pe departe „incidentul" cel mai frecvent şi mai supărător în primele săptămâni de viaţă; vom face şi aici mici sublinieri. Când revine de la maternitate, mama este mirată că nou-născutul are o „iritaţie la funduleţ". Aceasta ***înseamnă că nu a fost îngrijit cum,*** ci numai că pielea lui are nevoie de o atenţie deosebită. Roşeaţa este limitată câteodată la regiunea anală, dar se poate întinde la regiunea genitală şi la partea superioară a coapselor. Această roşeaţă este produsă de cele mai multe ori de cauze locale:

– Scaune acide şi dese. Medicul pediatru va indica, poate, o pomadă izolantă care să protejeze pielea sugarului. S-ar putea să recomande şi un medicament care să fie dat pe gură pentru a corecta tendinţa la scaune acide, semilichide.

– Folosirea, rău suportată, de chiloţi de cauciuc sau din plastic, utilizarea de detergenţi prea energici la spălarea scutecelor şi/sau „limpezirea" insuficientă după spălare şi fierbere (trebuie „trecute" prin mai multe „ape limpezi"). Dacă eritemul persistă sau se agravează trebuie consultat medicul, care va stabili dacă nu este vorba de o infecţie intestinală sau cutanată (cu microbi sau ciuperci microscopice). S-ar putea să fie vorba de o reacţie specială a pielii care cere îngrijiri prelungite (alergie etc.).

Pentru evitarea unor greşeli ce se fac frecvent, insistăm cu următoarele sfaturi:

– Cel mai bun remediu pentru tratamentul eritemului fesier este să se lase în contact cu aerul, regiunea feselor, organelor genitale şi coapselor de mai multe ori pe zi, având grijă ca temperatura camerei să fie în jur de

– Să nu se înţarce sugarul şi să nu se adauge alt lapte pe motiv că nu este bun laptele de mamă;

– Să nu se folosească medicamente pentru tratamentul local şi general decât la sfatul medicului;

– Pentru prevenirea eritemului fesier se recomandă schimbarea la timp a scutecelor murdare, folosirea de scutece de bună calitate, evitarea folosirii plasticului, să se fiarbă şi să se

limpezească bine lenjeria sugarului.

De subliniat că introducerea scutecelor absorbante (chiloţilor tip Pampers) au dus la scăderea eritemului (opăreala de scutece) fesier şi inghinal. j) Crustele („cojile”) de pe pielea. Pe pielea capului şi (rar) pe sprâncene se formează adesea cruste (coji). Ele nu au nimic grav, nu sunt produse de o lipsă de curăţenie, în limbaj medical poartă denumirea de „seboreea capului” sau „cruste seboreice”. Este manifestarea cea mai frecventă şi – parcase

– cea mai uşoară a aşa-numitei dermatite seboreice. Aceasta este o stare particulară a pielii ce se manifestă îndeosebi în primele săptămâni de viaţă şi constă în secreţia excesivă de substanţe grase, producerea de scuame şi înroşirea pielii. Crustele seboreice se localizează mai ales în regiunea parietalelor şi a fontanelei mari. Depozitele pot fi atât de masive, încât să ducă la formarea unui strat compact, gros, grăsos, aderent, uneori urât mirositor. Prin desprinderea brutală a cojilor iese la iveală pielea roşie iritată, câteodată chiar zemuindă. Astfel de coji (în strat subţire, cu fragmente mici) se pot forma şi pe sprâncene sau în şanţurile din spatele pavilioanelor urechilor.

Când cojile sunt subţiri sau fragmentate se pot înlătura după baie cu o perie de păr, mânuită blând şi delicat. Când stratul crustos este compact şi recidivant se aplică cu 4 – 6 ore înainte de baie o vaselină simplă sau unguent salicilic 0,5 – 1% şi se spală încetişor şi meticulos cu mâna de 3 – 4 ori pe săptămână cu apă săpunită sau şampon pentru

copii. Reamintim că regiunea fontanelei nu este fragilă şi poate fi spălată ca şi restul pielii capului, în cazurile de seboree recidivantă pe sprâncene şi după urechi, rezultate bune se obţin în multe cazuri cu produsul „Locacorten” sau

„Nidoflor”.

k) ***Panariţiul.*** Este vorba de mici colecţii de puroi de pe lângă unghii. Aceste leziuni trebuie semnalate medicului, pentru că pot fi punctul de plecare al unei infecţii mai serioase. Până la venirea medicului nu se storc şi în general nu se face nimic, cel mult se pun comprese sterile îmbibate în soluţie de Rivanol 1

l) Muguetul (stomatitaalbicantă.

Este vorba de pete alburi mai mult sau mai puţin confluente, localizate pe mucoasa gurii, care devine roşie. Câteodată se însoţesc de dificultăţi la supt şi de agitaţie. Prin ele însele nu sunt periculoase, sunt date însă de o ciupercă microscopică ***(Oidium albicans)*** care se poate propaga la distanţă (intestin).

Ca mijloc de prevenire se recomandă: fierberea biberoanelor şi tetinelor, spălarea sânilor mamei de mai multe ori pe zi, fierberea lenjeriei. Dacă au apărut deja forme de ***muguet,*** pe lângă măsurile de mai sus, la recomandarea medicului de familie se picură o suspensie de glicerină cu stamicină (Nystatin) în gură (nu se badijonează şi nu se pune glicerină boraxată). Mameloanele mamei şi/sau tetinele se umezesc în suspensia de Nystatin.

m) ***Petele albe pe gingii.*** Câteodată se observă pe marginea gingiilor nou-născutului

puncte mici albe, ca la un început de erupţie dentară, dar care nu agaţă vârful degetului când pipăim gingia. Sunt mici chisturi care dispar singure cu timpul. Nu trebuie să le confundăm cu cele două mici pete albe dinapoia maxilarului inferior, în dreapta şi în stânga, care reprezintă amprenta sub mucoasa faringiană a unor mici ieşituri osoase normale („pete pterigoidiene”).

2.3.7. Craniul

Capul pare mare în raport cu restul corpului, în momentul naşterii se pot produce încălecări ale suturilor datorită modelajului oaselor craniului. Din contră, după cezariană, capul este rotund şi simetric.

Oasele craniului nou-născutului nu sunt complet sudate, ci sunt despărţite prin nişte şanţuri, care se simt la palpare, în special la prematuri şi la hidrocefali. Aceste şanţuri poartă numele de ***suturi.*** La locul de întâlnire al oaselor craniului nou-născutului rămâne câte o mică zonă fără substanţă osoasă, la nivelul căreia creierul este acoperit de învelişurile sale şi apoi direct de piele. Aceste spaţii sunt numite Prin palparea craniului se pot simţi două fontanele (fig.2.16).

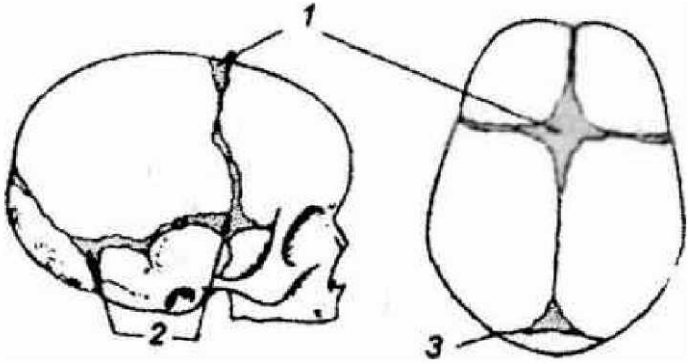


Fig. 2.16 – Craniul nou-născutului: 1. fontanela anterioară;

2. fontanela laterală; fontanela posterioară. a) La locul de întâlnire al osului frontal cu cele două parietal ***e: fontanela mare*** sau numită popu l-ar ***moalele capului.*** Fontanela anterioară are în general formă rombică, cu diametre variate de 1,5 până la 3 – 4 cm (în cele două sensuri). Pornind de la fontanela anterioară, înapoi se poate urmări sutura sagitală, iar spre frunte sutura metopică; ambele nu sunt închise la naştere. Din cele două unghiuri laterale ale fontanelei anterioare se simte sutura coronară. Dacă fontanela anterioară este minusculă (cât pulpa unui deget) sau foarte largă (4 – 5 cm) în ambele sensuri, ea se socoteşte tot normală. Fontanela mare se închide mai târziu, de obicei între 6 luni şi 24 luni. Capătă dimensiuni şi mai mari în ***hidrocefalie*** şi în unele ***tulburări de osificare.*** Dacă fontanela mare este sub tensiune (când sugarul este în repaus) şi bombează, se bănuie o creştere a presiunii intracraniene (hidrocefalie, meningită etc.). Dacă fontanela anterioară se închide timpuriu (3 luni) şi dacă dimensiunile craniului sunt normale, nu sunt motive de îngrijorare şi nu este indicată suprimarea profilaxiei rahitismului cu vitamina D. Se vor urmări în dinamică, dimensiunile craniului.

Fontanela anterioară deprimată şi asociată cu diminuarea turgorului constituie un semn de ***sarcină depăşită*** (supramaturare) sau de ***distrofie intrauterină.*** La sugar, deprimarea

fontanelei asociată cu diminuarea turgorului se întâlneşte în situaţii cu pierderi mari de lichide: ***diaree, vărsături, şoc caloric.***

Când nou-născutul ţipă, fontanela bombează puţin (fenomen normal).

b) La locul de întâlnire al oaselor parietale cu osul occipital se poate simţi ***fontanela posterioară, fontanela mică*** sau ***triunghiulară.*** Se închide foarte repede. Este mai mică Adesea aceste oase au marginile aşa de apropiate, că între ele nu lasă niciun spaţiu.

Fontanelele neliniştesc adesea pe mamele tinere, când medicul aplică pulpa degetelor sale. De fapt este vorba de o parte neosificată a craniului. Această membrană are soliditatea unei pânze de cort. De asemenea, momentul închiderii fontanelei anterioare este uneori un motiv de nelinişte. Adevărul este că momentul închiderii fontanelei este foarte variabil. Craniul creşte nu numai în funcţie de fontanele, ci şi de suturile craniene.

Oasele. După ce medicul notează dimensiunile şi starea de tensiune a fontanelelor, apreciază consistenţa şi elasticitatea oaselor craniului. În mod normal, oasele craniului prezintă spre margini (uneori şi în zona boltită), o consistenţă mai elastică. Consistenţa prea moale sau lipsa de consolidare la nivelul suturilor se întâlneşte excepţional de rar. Deformarea craniului este mai accentuată la nou-născuţii cu greutate mare. De obicei, craniul este mai mult sau mai puţin alungit; deformarea într-o zonă anumită este în funcţie de „prezentaţia” craniului

la naştere. Aceste deformări dispar într-o perioadă destul de scurtă şi nu necesită tratament, în cursul naşteri, considerată ca normală, pot surveni numeroase mici incidente mecanice la nivelul craniului; acestea au ca efect diferite deformări sau leziuni traumatice, care în majoritatea lor sunt banale.

Modelarea craniului. Nou-născutul extras prin cezariană, înaintea oricărui început de travaliu, se naşte cu un cap rotund, foarte simetric. Cei care se nasc în prezentaţie cefalică („cu capul înaint ”) au totdeauna la naştere un oarecare grad de modelaj al craniului („craniu configurat”). Oasele craniului sunt destul de maleabile, iar suturile şi fontanelele suficient de suple pentru a permite încălecări importante, simetrice sau nu, încălecarea cea mai banală este cea a unui parietal pe celălalt, la nivelul suturii sagitale sau a parietalelor pe frontal sau occipital. Aceste încălecări sunt frecvente, durează adesea de la câteva ore la câteva zile, după care craniul îşi reia rapid forma şi suprafaţa reală. Când deformările sunt foarte accentuate şi se asociază cu o istorie obstetricală încărcată necesită o observaţie neurologică din partea medicului.

Deformaţia cea mai obişnuită a craniului în prezentaţie cefalică este o alungire a bolţii craniului („dolicocefalie”) foarte accentuată, cu un craniu „în căpăţână de zahăr”. Din contră, în cursul prezentaţiei pelviene, creştetul capului („vertexul”) este turtit, iar protuberanţa occipitală (ieşitura osoasă a oaselor occipitale) este proeminentă. Se pare că această deformare se

datorează mai mult poziţiei în uter şi nu modelajului naşterii. Când capul nou-născutului a fost flectat multă vreme pe un umăr se constată poziţia asimetrică a maxilarului (sau chiar a nasului). În mod obişnuit, această deformare este fără importanţă şi dispare în câteva săptămâni sau luni. Rareori, o presiune puternică şi prelungită a capului pe umăr antrenează o paralizie facială.

2.3.7.1. Bosa serosanguină

Este o umflătură a pielii capului. Este produsă prin edem (infiltraţie cu un lichid seros a pielii capului şi a ţesutului de sub piele), congestie vasculară (aflux de sânge) şi uneori însoţită de echimoze (pată neagră vânătă la început, apoi galbenă) şi de peteşii (mici pete hemoragice). Bosa serosanguină îşi are sediul la nivelul „prezentaţiei”, adică în regiunea care a suferit cea mai mare presiune în cursul naşterii. Dacă umflătura este moderată şi făcută din edem simplu dispare în 24 – 48 de ore. Dacă este ca o contuzie (hemoragică) se resoarbe mai încet, în câteva zile. Când este foarte mare se poate însoţi cu hemoragie sub piele importantă, întinzându-se spre gât (în caz de bosă occipitală).

2.3.7.2. Cefalhematomul

Datorită compresiunii exercitate în cursul trecerii prin canalul pelvigenital sau/şi al manevrelor obstetricale, se poate produce o ruptură a vaselor sanguine subperiostale ale oaselor craniului, ducând la constituirea unui ***cefalhematom.*** Umflătura este situată, de regulă, la nivelul oaselor parietale, mai rar la occipital. Diagnosticul se face cu oarecare întârziere,

deoarece, pe de o parte, revărsatul sanguin subperiostal creşte în cursul primelor 24 de ore, iar pe de altă parte, percepţia acestei colecţii lichidiene poate fi jenată în primele ore de bosa serosanguină, care o însoţeşte frecvent. Zona fluctuentă este foarte bine limitată, cu o margine bine conturată la periferia sa, care reprezintă zona de dezlipire a periostului. Astfel, prin definiţie, cefalhematomul nu poate încăleca o sutură craniană, contrar bosei sanguine. Constatarea unui astfel de cefalhematom ne obligă (medic, asistenta de ocrotire şi părin) să supraveghem dimensiunea şi consistenţa tumefacţiei mai ales în primele săptămâni de viaţă. Umflătura este fluctuentă, dar cu o consistenţă mai puţin fermă decât bosa serosanguină. Uneori se găsesc, concomitent, două şi chiar trei cefalhematoame. Rareori, cefalhematomul este însoţit de fisuri osoase. Evoluţia este prelungită, de mai multe săptămâni (6 – 12), până la resorbţia completă a colecţiei de sânge, în general nu necesită tratament, ci se aşteaptă să se resoarbă spontan. Tratamentul chirurgical preconizat de unii nu este lipsit de riscuri (infecţie etc.). Amintim aici câteva modificări patologice de formă a capului, cu semnificaţie serioasă:

Microcefalia ***(craniul mic).*** Perimetrul cranian este mai mic decât în mod normal. Este o anomalie gravă. Hidrocefalia (excesul de lichid din craniu) se caracterizează prin mărirea vizibilă a regiunii frontoparietale, circumferinţa craniului mult crescută, fontanele mari, suturi larg deschise

şi accentuarea desenului venos epieranian. Se întâlneşte în malformaţii ale creierului, după infecţii intrauterine sau fără o cauză decelabilă. Este o malformaţie gravă.

2.3.8. Fata. Ochii f Faţa este rotundă.

Ochii sunt de culoare cenuşie sau căprui şi nu se acomodează. Sensibilitatea la lumină este prezentă chiar din primele zile de viaţă. Nou-născutul poate fixa şi urmări un obiect colorat sau o lentilă de ochelari „plimbate" la o distanţă de 20 – 30 cm prin faţa ochilor. La lumină vie, pleoapele se închid. Reflexul fotomotor este prezent: pupilele se retractă la proiectarea unor raze de lumină. ***Hemoragiile subconjunctival*** neliniştesc pe mamă. Aceste pete de sânge, roşii, vizibile pe albul ochilor sunt frecvente ***şi fără gravitate.*** Ele regresează spontan ***fără tratament Conjunctivita*** (înroşirea mucoasei conjunctive, scurgerea unor secreţii purulente, de culoare gălbuie, cu lipirea pleoapelor) este mai des întâlnită. Medicul recomandă ştergerea cu comprese sterile înmuiate în apă fiartă şi răcită (nu muşeţel care conţine impurităţi) şi procurarea de soluţii cu antibiotice. În prealabil se recoltează secreţia oculară pentru decelarea germenilor microbieni şi testarea la antibiotic.

Persistenţa anormală a unei secreţii conjunctivale obligă pe medic să cerceteze dacă nu este vorba de ***imperforare a canalului lacriceea ce determină o oprire a scurgerii lacrimilor şi secundar inflamaţia conjunctivelor*** în general, cu tratament local

susţinut în decurs de câteva săptămâni (rar luni) se ajunge la permeabilizarea canalului lacrimal. Rar se impune o mică intervenţie chirurgicală (destul de laborioasă) care are ca scop desfundarea canalelor lacrimale. De cele mai multe ori imperforarea canalului lacrimal este la un singur ochi.

Strabismul (se uită „cruciş") este frecvent şi nu trebuie să neliniştească pe părinţi. Dispare după vârsta de 6 – 9 luni. Globii oculari nu urmează rotaţia capului (ochi de păpuşă). Pediatrul caută în mod sistematic unele boli ale văzului (microftalmie, glaucom congenital etc.). ***Bărbia*** este înapoi (retrognatism). Tremură la cei mai mici stimuli (plâns, aer rece).

Pe marginea gingiilor se văd câteodată nişte ridicături mici perlate ***(chisturi epidermoide*** sau ***perlele Epstein).*** Sunt normale.

2.3.9. ***Gura***

Dinţii. Excepţional de rar se pot descoperi unul sau doi dinţi incisivi mediani inferiori. Iulius Cezar, Hannibal, Ludovic al

XFV-lea, Mazarin, Napoleon, Richelieu, Richard al III-lea s-ar fi născut cu dinţi. Sunt dinţi de lapte normali care cad în perioada neonatală sau persistă până la vârsta căderii normale. Este inutil să fie scoşi, împiedică adeseori alimentaţia la sân.

Paralizia facială survine după o naştere dificilă şi traumatică (forceps). Faţa este asimetrică. Este sesizabilă când sugarul ţipă: pleoapa se închide, gura este „strâmbă", o

jumătate de frunte nu se încreţeşte, în general dispare în câteva săptămâni.

Limba mare sugerează boli moştenite, ca: trisomia 21 (mongolismul), hipotiroidismul.

Frâul limbii este un fel de bandă de ţesut situat sub limbă. Variază mult de la un copil la altul. Este greşită părerea că frâul scurt al limbii întârzie apariţia limbajului activ, în trecut se practica relativ frecvent secţionarea frâului limbii. Chiar dacă se mai indică de vreun medic, secţionarea se va face de către un otorinolaringolog, deoarece este un gest chirurgical care poate declanşa o sângerare prin rănirea arterei linguale sau leziuni ale canalelor Wharton. Personal, nu am indicat vreodată secţionarea frâului limbii. Dacă există, medicul poate descoperi o ***fisură*** a bolţii palatine (fantă care străbate „cerul gurii”).

2.3.10. Urechile

Se controlează mărimea, implantaţi a, forma, simetria pliurile, cartilajele pavilioanelor. Se impune depistarea ***surdităţii,*** în caz de antecedente familiale de surditate, de boli ale embrionului şi fătului, de anoxie (lipsă de oxigenare a creierului), de icter intens. La un zgomot puternic şi brusc nou-născutul închide ochii (reflexul cohleopalpebral). În caz de îndoială, testul se repetă timp de mai multe zile. Diagnosticul de surditate trebuie pus cât mai timpuriu, în jur de 2 – 4 luni, pentru a se începe o educaţie specializată.

2.3.11. Gâtul

Gâtul pare scurt. La palparea muşchilor

stemo mastoidieni se poate constata un hematom (o îngroşare de mărimea unei măsline), care se simte în grosimea muşchiului sternocleidomastoidian. Acest hematom este descoperit între a 8-a şi a 15-a zi de viaţă. Se măreşte progresiv până la 2 luni şi apoi se micşorează şi dispare spre 7 luni. Medicul va instrui pe mamă asupra manevrelor ce se fac de mai multe ori pe zi pentru a evita formarea ***torticolisului*** (capul este înclinat pe o parte, iar bărbia este întoarsă spre partea opusă). De cele mai multe ori, anomalia regresează spontan, fără vreo manevră.

Palparea claviculei permite să se depisteze o eventuală fractură survenită în cursul unei naşteri acrobatice. Este relativ frecventă. Se vindecă fără a necesita vreun tratament. Rareori apare surpriza de a se palpa o guşă, mai ales dacă mama a absorbit iod.

Se caută fistule sau chisturi congenitale ale gâtului, laterale sau mediane.

2.3.12. Toracele

Clasic, toracele se examinează după ce s-a terminat cu capul şi gâtul. În practică se începe cu frecvenţa respiratorie (în jur de 30 – 40 pe minut) şi numărarea bătăilor inimii (120 – 140 pe minut). Inima se ascultă cu atenţie pentru a depista un eventual suflu, care evocă o boală moştenită a inimii. Aşa cum s-a arătat la pag. 31, fig. 1.8, foarte des se constată o umflare a mameloanelor la ambele sexe. Nu se storc. Dispare spontan în câteva săptămâni.

Câteodată se pot observa ***mameloane***

supranumerare. Nu necesită vreun tratament.

Radiografia toracelui poate pune în evidenţă un ***timus mare.*** Circumferinţa toracelui se măsoară la nivelul mameloanelor.

2.3.13. Abdomenul

Abdomenul este suplu. Circumferinţa, măsurată la nivelul ombilicului, este mai mică sau egală cu a toracelui. ***Ficatul*** se palpează la marginea coastelor, de multe ori însă le depăşeşte cu 1 – 2 cm. Câteodată se simte polul inferior al splinei.

Ombilicul. Restul cordonului ombilical cade spre ziua a 7-a – a 10-a (vezi capitolul 1). În continuare cicatricea se retractă şi se invaginează. Pielea rămâne deseori închisă la culoare timp de câteva zile. Câteodată, după căderea cordonului rămâne un mugure care se arde cu un creion de nitrat de argint. Locul de joncţiune a cordonului ombilical cu abdomenul trebuie examinat cu atenţie de către medic şi asistenta de ocrotire pentru a verifica dacă o porţiune a intestinului nu apare la baza cordonului ***(omfalocel). Hernia ombilicală*** este destul de frecventă, în general dispare în câteva luni, rar persistă până la 4 – 5 ani. ***Diverse metode de corectare (monedă metalică fixată cu o bandă de leucoplast*** et) ***sunt inutile.*** Acest gen de hernie nu se strangulează niciodată. Vindecarea spontană se face odată cu dezvoltarea musculaturii abdominale. Dacă părinţii solicită intervenţia chirurgicală (din grabă, din teamă sau din motive estetice), aceasta se poate practica.

2.3.14. Organele genitale

Organele genitale externe la băieţi. Dimensiunile penisului şi ale pielii scrotale variază mult. Prepuţul aderă la gland. Un ***hidrocel*** este responsabil de o pungă voluminoasă. Hidrocelul regresează fără tratament în marea majoritate a cazurilor. Funcţia este interzisă.

Ectopia testiculară sau criptorhidia. Termenul desemnează faptul că unul sau ambele testicule au sediul permanent în afara pungii scrotale. Coborârea testiculului nu se poate realiza decât pentru un moment sau deloc. Circa 1 % dintre băieţi sunt purtători ai acestei anomalii, din care în 70 – 80% din cazuri este unilaterală. Dacă nu este reductibilă va trebui operată spre 3 – 4 ani, deoarece la vârsta adolescenţei sau la cea adultă se poate canceriza.

Herniile inghinale. Sub acest termen se înţelege ieşirea unui organ intraabdominal (intestin etc.) sub piele printre fasciculele musculare, care constituie muşchii abdominali. La copil, acest interstiţiu este, în general congenital. La nou-născut, herniile inghinale cu dimensiuni mici sunt greu de diagnosticat. Tratamentul este chirurgical şi se efectuează în jurul vârstei de un an.

Se va controla poziţia orificiului prin care se scurge urina, starea prepuţului (pielea care acoperă glandul). ***La băieţi*** necircumcişi, prepuţul penisului este în majoritatea cazurilor fixat pe gland şi nu se lasă tras înapoi. La noi în ţară mulţi medici recomandă decalotarea precoce şi dacă nu

se reuşeşte apelează la chirurg pentru circumcizie, în Franţa se evită decalotarea prepuţului până la 4 luni. După aceea se încearcă să se retragă prepuţul înapoi cu scopul de a spăla prepuţul cu apă, în Anglia nu se face nimic în primii 2 – 3 ani de viaţă, în Statele Unite şi Germania, se insistă asupra necesităţii circumciziei. La evrei şi arabi, circumcizia este obligatorie (face parte din practicile religioase). La naştere, fimoza este fiziologică. Dacă jetul urinar se proiectează la distanţă şi este continuu nu este necesară vreo tentativă de eliberare a prepuţului. Numai atunci când există suspiciunea de infecţie urinară sau micţiunile sunt însoţite de durere, agitaţie sau jet urinar discontinuu, se impune consult chirurgical şi eventual circumcizie. De subliniat că circumcizia trebuie făcută de un chirurg de copii, cu experienţă, în condiţii civilizate, deoarece am asistat la infecţii şi sângerări după intervenţia chirurgicală. Unii sugari circumcişi de persoane incompetente rămân cu o oarecare invaliditate (prepuţiu zdrenţuit, cicatrice vicioase). După al treilea an de viaţă, după ce s-a ajuns treptat la decalotare totală, penisul va fi spălat de 1 – 2 ori pe săptămână, cu prepuţul retras. Pielea de sub penis şi scrot necesită o curăţire atentă. După aceea, zona respectivă va fi bine uscată şi eventual cremuită, deoarece în aceste zone se produc uşor răni.

Decalotarea prea timpurie poate declanşa sângerarea mucoasei, urletele sugarului, plânsetele mamei şi, uneori, infecţii. Nu suntem

de acord cu tentative viguroase de decapsulare având în vedere datele anatomice şi observaţia că decalotarea se face uşor, fără efort şi fără dureri, între 1 şi 4 ani, fără risc de infecţie cu condiţia unei igiene corecte. Din contră, acest gest este însoţit de riscul de parafimoză, dacă părinţii nu mai reuşesc să acopere glandul. ***Organele genitale la fetiţe.*** Buzele (labiile) mici sunt voluminoase şi clitorisul ieşit în afară. Labiile mari sunt puţin dezvoltate şi nu acoperă vulva. Datorită transmiterii hormonilor materni apare criza genitală care constă într-o secreţie vaginală alburie sau sângerândă asociată cu umflarea mameloanelor din care rareori se scurge un lichid lăptos („lapte de vrăjitoare”).

2.3.15. Membrele în continuare, medicul examinează membrele. De subliniat atât mâinile cât picioarele sunt reci. Mamele nu au motive să se neliniştească, fiind vorba de un fenomen normal. Mâinile sunt durdulii, grăsuţe şi cu pumnii închişi. Degetele par scurte, cu unghii moi, lucioase, lungi, depăşind vârfurile degetelor. Cu aceste unghii, dacă nu sunt tăiate, nou-născutul se poate zgâria.

La membrele inferioare, destul de des, se poate constata că picioarele sunt „întoarse înăuntru” ***(metatarsus varus).*** Această poziţie este ***reductibilă.*** Se datorează unei hipotonii (tonus scăzut) ligamentare care favorizează menţinerea piciorului în poziţia fetală. Prin mişcare, picioarele ajung pe axul gambei. Mama va fricţiona uşor marginea externă a picioarelor cu o perie cu peri uzaţi pentru a stimute muşchii

laterali şi a redresa activ poziţia picioarelor, în lipsa periei în acelaşi scop se masează marginea externă a picioarelor şi gambelor însoţite de mişcări de flexie şi rotaţie a gleznelor. Aceste manevre pot fi făcute de mai multe ori pe zi, evitându-se mai târziu folosirea încălţămintei ortopedice. Câteodată este nevoie să se plaseze o bandă de leucoplast pe piele cu scopul de a menţine picioarele timp de câteva ore în poziţie corectă.

Perna grăsoasă a picioarelor dă impresia falsă că picioarele sunt plate.

„Picioarele plate" constituie un lucru normal la sugar. Pentru prevenirea piciorului plat şi stimularea mişcărilor picioarelor şi gleznelor este bine ca mama să „gâdile" (nu masaj apăsat) tălpile sugarului. 2.3.15.1. Luxaţia congenitală de şold

Anomalia cea mai de temut este ***o conge nitală de şold,*** care poate fi unilaterală (de o singură parte) sau bilaterală. Şoldul este „luxabil" datorită întârzierii dezvoltării capului femural, laxităţii articulare şi oblicităţii bolţii cotiloidului. Anomalia este mai frecventă la fetiţe. Este important să fie descoperită cât mai precoce. Cu toate că sunt câteva semne clinice preţioase (manevra

Ortolani), această deformare poate scăpa chiar unor medici experimentaţi. Semnele clinice pot lipsi la naştere, apărând oricând în primele 6 luni de viaţă.

Uneori, numai urmărirea în timp şi radiografia şoldului precizează diagnosticul Dacă mama observă diferenţe în modul cum

sugarul îşi mişcă membrele inferioare în articulaţia şoldului, asimetrii ale cutelor (pliurilor) coapsei, asimetrii de poziţie şi de flexie ale coapselor, dificultăţi când încearcă să roteze sau să îndepărteze membrul inferior, va consulta medicul pediatru şi un ortoped de copii. La 4 luni semnele clinice sunt mai bine conturate. O acţiune de prevenire şi de corectare a defectelor uşoare („displazii fruste”) se obţine prin utilizarea corectă şi permanentă a scutecelor de tip „Pampers” sau, în lipsa acestora, prin înfăşare cu un scutec lat între picioare, astfel încât coapsele să fie în abducţie (depărtate).

Descoperirea unui şold luxabil impune un tratament imediat. Acesta constă în îndepărtarea (abducţie forţată) a coapselor la 90°, tot timpul („24 de ore din 24 de ore”), timp de mai multe luni, dacă este posibil prin mijloace uşoare şi bine suportate:

– O pernă specială fixată de un chilot prevăzut cu bretele (fig. 2.17);

Fig. 2.17 – Sistem special de imobilizat în displazia de şold uşoară.

– O atelă cu inele care cuprinde strâns coapsele şi le reuneşte printr-o tijă de lungime variabilă;

– Diverse alte dispozitive sau „aparate” care asigură poziţiile corespunzătoare;

– În cazurile mai grave sau în care părinţii nu respectă tehnicile mai susamintite, se aplică aparate gipsate ce se schimbă periodic în poziţii care să corecteze deformarea în mod definitiv. Normalizarea deformărilor înnăscute ale şoldului este cu atât mai rapidă, cu cât depistarea şi tratamentul survin mai precoce. Această aparatură trebuie păstrată cel puţin 3 – 6 luni, mai întâi ziua cât şi noaptea, apoi numai noaptea. Trebuie să se facă o radiografie – atât înainte cât şi după începutul mersului – pentru a verifica poziţia bună a capului femural în scobitura articulară. Când diagnosticul este făcut mai târziu (6 – 10 luni), luxaţia necesită un tratament lung şi

complex: 6 – 10 săptămâni de imobilizare completă, şoldul fiind în extensie continuă, apoi 4 – 6 luni de imobilizare în aparat gipsat şi, uneori, o corecţie chirurgicală. Mai târziu, tratamentul devine mult mai delicat, iar rezultatele rămân nesigure.

Am ***insistat asupra acestei, deoarece am întâlnit părinţi care sunt nedumeriţi şi greu de convins că diagnosticul luxaţiei congenitale de şold implică dificultăţi de diagnostic clini, radiografii repetate şi mai ales colaborarea lor pentru a pune în practică un tratament aşa de lung şi de chinuitor pentru copil.***

Malformaţiile ***degetelor de la mâini sau de la picioare*** capătă din ce în ce mai mult interes din punct de vedere genetic: ***polidactilie*** (mai multe degete), ***sindactilie*** (lipirea degetelor), ***anomalii ale dermato glifelor (***amprente palmare) intră uneori în descrierea multor aberaţi cromosomice. Radiografiile pot preciza diferite anomalii ale falangelor sau oaselor mici de la mână sau picior. Micile anomalii (degete inegale ca lungime, grosime, mobilitate) nu au semnificaţii deosebite genetic şi nu necesită vreun tratament.

Paralizia plexului brahial este legată de o alungire a acestui plex nervos, survenită în cursul unei naşteri dificile. Diagnosticul este evident chiar de la naştere: mişcările braţelor sunt asimetrice; în timp ce braţul sănătos se mişcă, cel bolnav rămâne imobil, de-a lungul corpului, întins şi rotat spre interior; mâna este în pronaţie, iar

degetul mare este acoperit de celelalte. Se vor începe, cât mai curând, exerciţii de recuperare.

Piciorul strâmb varus equin este o malformaţie gravă care constă, pe lângă strâmbarea piciorului, în rotirea spre spate, cu tonus crescut al tuturor muşchilor şi cu retracţia tendonului lui Ahile. Copilul se sprijină pe degete şi pe marginea externă a piciorului.

Această deformare se datorează, în 90% din cazuri, unei poziţii proaste a fătului în uter. Piciorul a fost prins între fesele fătului şi peretele uterin într-o poziţie anormală de extensie şi s-a dezvoltat prost. Câteodată trebuie presupusă şi o origine genetică.

Tratamentul trebuie să fie precoce: el este complex şi prelungit cu exerciţii de recuperare, ortopedic şi adesea chirurgical.

2.3.16. Boli metabolice

Detectarea bolilor metabolice ţine aproape în exclusivitate de resortul medicului, care la examenele clinice încearcă să depisteze orice manifestare anormală (discretă sau care apare cu timpul). Amintim despre această problemă şi într-o carte adresată părinţilor din două motive:

a) din cauza numărului mare al acestor boli, care de câţiva ani capătă un loc tot mai important în bolile nou născutului; b) există posibilitatea (pentru unele dintre el) de a se preveni urmările nefaste printr-un regim dietetic corespunzător, instituit cât mai curând posibil (chiar din primele zile de viaţă) şi care trebuie urmat ani şi ani de zile. Dăm ca exemple: a) fenilcetoncare este o boală metabolică decelabilă, graţie efectuării

testului Guthrie tuturor nou-născuţilor la vârsta de 4 – 5 zile. Copiii se nasc normali, dar ulterior urmează o deteriorare progresivă, dominată de întârziere mintală gravă. Tratamentul constă în instituirea unei alimentaţii sărace în fenilalanină; b) ***mixedemul congenital,*** depistat prin teste de laborator specifice, după ce diagnosticul este sugerat clinic (limbă mare, icter prelungit etc.).

Părinţii sunt datori să relateze medicului toate antecedentele deosebite din familie (decese neexplicate de nou-născuţi, avorturi spontane, rude cu boli moştenite etc.). După naştere mama va relata medicului orice manifestare anormală ce apare la nou-născut, de la cele nervoase (cele mai grave şi mai frecvente) până la cele digestive (în general mai uşor de corectat, cu colaborarea unor părinţi conştienţi şi perseverenţi).

Sistemul nervos. Diferite manifestări ale nou născutului Examenul neurologic se face cu răbdare, fără grabă, cu blândeţe. Acest examen permite să se aprecieze eventuale tulburări. Testele se realizează corect dacă sugarul este treaz. Dacă plânge sau este somnolent, constatările nu au nicio valoare.

Urmărirea dezvoltării nervoase şi psihice constituie partea cea mai importantă şi mai spectaculoasă a urmăririi medicale a fiinţei umane din momentul naşterii şi până la adolescenţă.

Descoperirea timpurie a anumitor anomalii ca şi dezvoltarea psihomotorie sunt făcute şi de către părinţi, care, îngrijind şi supraveghind în permanenţă copilul, surprind toate manifestările acestuia.

Copilul este bine dezvoltat mintal? Această întrebare vine în mintea oricăror părinţi din momentul naşterii şi persistă luni şi ani de-a rândul. Starea de sănătate şi de perfecţiune a înfăţişării fizice aduce liniştea părinţilor: o minte deosebită la un copil umple de mândrie întreaga familie şi constituie premisa că urmaşul lor va cuceri un loc râvnit în societate.

2.3.17. Evaluarea stării de sănătate

1) ***Vârsta gestaţională*** va fi calculată în săptămâni, începând din prima zi a ultimei menstruaţii, care uneori este greu să fie stabilită cu certitudine. După vârsta gestaţiei, pediatrul va orienta depistarea şi tratamentul dificultăţilor proprii fiecărui grup de nou-născuţi: ***termen, înainte de termen (prematur), după*** matur), hipotrofic (prea mic), hipertrofie (prea mare).

2) ***Depistarea anomaliilor cerebrale*** va fi făcută cu atenţie la toţi nou-născuţii, indiferent de greutate, cu un scor Apgar normal sau scăzut (vezi pag. 29). Este evident şi demonstrat că stările de suferinţă cerebrală gravă continuă de cele mai multe ori o suferinţă fetală acută. Trebuie ştiut, de asemenea, că unii nou-născuţi care au suferit la naştere în cursul dilataţiei şi expulsiei (se nasc vineţi, nu ţipă imediat după naştere etc.) pot să nu prezinte niciun fel de suferinţă nervoasă la examenele efectuate în perioada de nou-născut. La aceşti copii, de obicei, şi în continuare evoluţia va fi favorabilă; ei vor fi urmăriţi, totuşi, cu o vigilenţă crescută, în decursul primelor luni de

viaţă de către medic, asistenta de ocrotire şi părinţi.

Primul examen clinic se va face imediat după naştere şi comportă îndeosebi o apreciere neurologică. ***Este de subliniat că medicamentele primite de mamă în timpul naşterii pot modifica mult răspunsurile la stimuli ale nou-născutului în primele ore.*** Examenul va fi repetat în zilelele următoare, mai ales atunci când sau constatat unele tulburări. Examenele succesive vor permite să se distingă dacă semnele de suferinţă sunt fixe sau, din contră, se schimbă, în caz de suferinţă veche, simptomele variază puţin în cursul primelor 10 zile. Din contră, în caz de suferinţă acută (legată de naştere), se observă adesea o agravare şi apoi o recuperare dinamică evolutivă. Durata totală a anomaliilor neonatale au deci o valoare de diagnostic şi prognostic. Tulburările legate de administrarea unor medicamente mamei în timpul naşterii dispar de obicei repede. ***Verdictul definitiv îl dă medicul în*** consult cu neuropsihiatrul şi eventual cu în jurul vârstei de 10 – 12 Iun Studiul dezvoltării nervoase la nou-născut nu poate fi desprins de ceilalţi parametri de fixare a stării de sănătate. Se iau în seamă:

3) Date privind trecutul copilului: a) anomalii de gestaţie; b) anomalii ale travaliului; c) starea nou născutului la naştere; d) termenul la care trebuia să se nască (exprimat în săptămâni); e) vârsta copilului în momentul în care este examinat sau când mama observă ceva.

4) Interpretarea unor manifestări fizice şi/sau psihice. ***Icterul.*** Majoritatea nou-născuţilor la termen prezintă icter între a 3-a şi a 10-zi de viaţă (icter fiziologic). Un icter apărut precoce, intens şi prelungit, poate lăsa complicaţii neurologice grave ***(icter nuclear)*** (vezi capitolul anterior). ***Cianoza*** (învineţirea) poate trăda o suferinţă ***cardiacă*** (boli congenitale ale inimii), ***respiratorie*** (infecţie, malformaţii), ***cerebrală*** sau ***metabolică*** (scăderea calciului sau glucozei). În mod normal nu trebuie să apară la un nou-născut la termen. La unii nou-născuţi apare după efort (supt, ţipăt) o discretă învineţire în jurul gurii. Când este accentuată, localizată la faţă, buze, la nivelul extreităţilor, sau generalizată şi permanentă, cianoza este determinată de obicei de o boală gravă. Cianoza care apare în crize şi în repaus poate fi expresia unei suferinţe nervoase.

În mediul rural, la nou-născuţii alimentaţi artificial cu lapte praf, când la prepararea laptelui şi ceaiului se foloseşte „apa de fântână”, apare intoxicaţia prin nitriţi, manifestată clinic prin albăstrirea pielii.

Suptul şi înghiţitul trebuie să fie prezente imediat după naştere şi să se desfăşoare normal. La un nou născut la termen reflexele de supt şi de înghiţit pot prezenta unele tulburări. Dacă sunt trecătoare, aceste tulburări nu au nicio importanţă. Ele trebuie semnalate medicului, singurul în măsură să le interpreteze corect şi să ia, eventual, anumite măsuri.

Somnul, în primele zile, nou-născutul pare

că doarme tot timpul. El nu are încă ritmul somnveghe bine precizat. Naşterea dificilă poate avea o influenţă nefastă asupra somnului. Către a 7-a – a 10-a zi, somnul nou-născutului devine mai puţin adânc şi apar perioade de veghe. Perioadele de somn durează 2 – 21/z-3 ore, mult mai rar 31/2 – 4 ore (de obicei între primul şi al doilea supt în cursul zilei şi în a doua parte a nopţii). Mama va nota perioadele de veghe, pentru a prevedea, în funcţie de acest ritm, la ce oră trebuie să fie pregătită pentru alăptare. Cu fiecare săptămână de viaţă, „orele" de somn din timpul zilei devin mai bine delimitate, cu toate că somnul este mai uşor. Ele sunt întrerupte de faze de veghe mai lungi, care se alungesc puţin câte puţin. Respectând aceste perioade, dând totdeauna mesele în fazele de veghe, mama contribuie la organizarea somnului sugarului. ***Este de o importanţă esenţială respectarea ritmului propriu al fiecărui sugar. Orarul meselor, baia, celelalte îngrijiri nu se fixează în mod arbitrar de către mamă sau medic, ci după nevoile ce convin structuri biologice şi temperamentului sugarului. Tulburările de somn,*** în proporţie de 95% nou născuţii la termen (socotiţi normali) nu au tulburări de somn, circa 5% dintre ei prezintă totuşi o stare de somnolenţă mai accentuată, dar nu profundă, în timpul cât prezintă icter fiziologic toţi nou-născuţii sunt mai somnolenţi. Cei care dorm mult, ore întregi, sărind peste una din mese, nu trebuie să facă mari griji mamei. Dimpotrivă, dificultatea de a adormi şi

somnul foarte agitat din primele zile pot constitui motive de îngrijorare.

Ritmul somnveghe ţine şi de starea psihică a mamei. Dacă mama este calmă şi odihnită, nou-născutul are şansa de a fi liniştit; dacă mama este în tensiune şi anxioasă, nou-născutul va fi nervos şi agitat. Naşterea grea sau uşoară poate avea, de asemenea, o influenţă pasageră asupra stării nou-născutului.

Consumul de cafea şi/sau ceai „rusesc" de către mamă, rigiditatea orarului meselor, subalimentaţia, excesul de impresii (vizite, viaţa complicată de familie, suprasolicitarea fizică şi/sau psihică, dizarmonii în relaţiile de familie, sănătatea psihică a mamei care alăptează) determină tulburări de somn la nou-născut. Agitaţia din familie are influenţe nefaste asupra somnului şi comportamentului nou-născutului.

Tulburările de somn, singure, neasociate cu alte manifestări nervoase, nu prezintă o semnificaţie patologică. ***Plânsul.*** Este un semn important prin care sugarul îşi manifestă foamea, setea, lipsa de confort (frig, cald, prea strâns înfăşat, cute sau noduri de la scutece, emisiune de urină sau scaun, zgomote în cameră, aer viciat, stare de agitaţie sau de nervozitate în familie, poziţie incomodă în pat etc.), o suferinţă sau o îmbolnăvire („colici abdominale", durere din cauza opărelii, respiraţie nazală dificilă datorită unui guturai etc.).

Obiceiul de a lua în braţe sau de a alimenta un sugar care plânge nu trebuie cultivat. Un sugar „are „să plângă circa 2 ore pe zi.

Plânsul este mijlocul prin care sugarul semnalează mamei o necesitate sau o suferinţă. Mama este datoare să observe, să urmărească orarul şi durata plânsului, să-l asocieze cu alte manifestări, să găsească soluţii pentru al linişti. Ori de câte ori sugarul plânge trebuie căutat de la început dacă este înfometat, ud, dacă-i este frig sau dacă îl chinuie o cută de la scutece. După ce să îndepărtat motivul suferinţei va fi liniştit încă puţin şi va fi culcat din nou în patul lui. Unii plâng pentru că vor mai multă atenţie şi vor să fie mai mult în braţe. Cei care tac după luarea în braţe nu sunt flămânzi. Dacă va fi purtat în continuare în braţe, el va deveni răsfăţat şi va învăţa, curând, să folosească plânsul pentru a obţine să fie ţinut în braţe şi legănat, ***care plâng şi după luarea în braţe şi după încercarea de alimenta*** au alte motive mai serioase de a plânge.

Credinţa că plânsul fortifică plămânii este falsă. Ea îşi are probabil originea în faptul că primele respiraţii profunde, care însoţesc ţipătul imediat după naştere, duc la distensia plămânului cu aer. După aceea, însă, plânsul nu mai contribuie la dezvoltarea plămânilor.

Ţipătul Nou-născutul sănătos are un ţipăt viguros, de tonalitate mijlocie, bine suportat, pentru că nu antrenează nici tulburarea ritmului respirator şi nici fenomene vasomotorii (cianoză, paloare etc.). Medicul urmăreşte vigoarea şi calitatea ţipătului, care furnizează date despre: puterea generală a nou-născutului, corzile vocale şi căile respiratorii superioare. Când este provocat (de o înţepătură, când este îngrijit de o persoană

neîndemânatică sau nervoasă, când este înfometat), nou-născutul ţipă şi îşi mişcă mâinile şi picioarele; astfel, medicul îşi poate da seama de integritatea mişcărilor. Ţipătul determină o contracţie a muşchilor feţei, evidenţiind eventualele asimetrii, paralizii, defecte înnăscute. Când ţipă tare şi prelungit, culoarea nou-născutului virează de la rozdeschis spre roşu (culoarea sfeclei roşii). De obicei se calmează prin satisfacerea unor nevoi (supt, luat în braţe) sau înlăturarea unor disconforturi (prea strâns sau prea gros înfăşat; poziţie incomodă; este neschimbat etc.). Unii nou-născuţi normali au un ţipăt ascuţit (nu strident, nici grav) la care este greu să găseşti cauza. După partida de plâns respectivă, nou-născutul adoarme sau are o vioiciune normală, nu prezintă febră, diaree sau alte tulburări.

Ţipătul de suferinţă cerebrală este ritmat, durabil, asociat cu absenţa vioiciunii, strident sau slab (de abia auzit) şi nu poate fi potolit prin declanşarea reflexului de supt sau prin luarea în braţe a nou-născutului sau sugarului. ***Geamătul*** nu se întâlneşte la nou-născutul sănătos. Când apare, chiar de scurtă durată şi intermitent, dovedeşte o suferinţă de origine nervoasă centrală sau periferică (boli de inimă, plămâni etc.).

Iritabilitatea generală a nou-născutului se manifestă prin tremurături izolate (ce însoţesc o mişcare spontană, dar pot surveni şi în repaus); dacă tremurăturile se transformă ulterior în valuri de contracturi musculare din ce în ce mai ritmate, succesive, în timp ce vioiciunea se stinge, ne

putem aştepta la ***criză de convulsii.*** Din contră, un nou-născut la termen, cu o naştere mai dificilă sau un hipotrofic (nou-născut cu greutate mai mic) poate prezenta trepidaţii ale membrelor inferioare, dar îşi păstrează vioiciunea şi o bună reactivitate, fără alte tulburări neurologice. Se supraveghează câteva zile, fenomenul fiind foarte probabil datorat unei tulburări metabolice trecătoare (hipocalcemie sau hipoglicemie). Se recomandă mese mai dese, soluţie de glucoză, calciu.

Sindromul iritativ al nou-născutului are o semnificaţie patologică minoră, fără urmări, dacă îndeplineşte două condiţii: este izolat şi nu progresează în intensitate, durată, în modul cum se manifestă.

Tresăririle izolate provocate sau spontane nu au nicio semnificaţie patologică.

Tremurăturile bărbiei se întâlnesc relativ frecvent la nou-născuţi şi la sugari în primele 2 – 3 luni, ceea ce alarmează pe multe mame. De multe ori apar când sugarul este dezbrăcat sau în timpul băii. Ca manifestări izolate, chiar dacă se repetă, reprezintă un fenomen normal. ***Căscatul,*** între reacţiile suspecte, căscatul trebuie urmărit aparte. El poate fi numai de origine digestivă, dar, prin frecvenţa sa anormală, poate fi un semn evocator de suferinţă cerebrală, în afară de orice îmbolnăvire, la marii prematuri, căscatul este prelungit şi frecvent; el dispare odată cu desăvârşirea maturaţiei, spre vârsta de 36 – 37 săptămâni fetale. La acest grup de copii, căscatul poite fi declanşat la cea maţ mică excitaţie în jurul

gurii. La nou-născuţii la termen, normali, căscatul se întâlneşte rar, cel mult de 1 – 3 ori în decurs de 10 – 15 minute (aer viciat etc.).

Strănutul. Când un nou-născut sau un sugar în primele două luni este mai desfăşat şi vine în contact cu aerul proaspăt, strănută şi/sau urinează. Strănutul nu are nicio semnificaţie patologicănt astfel de situaţii şi deci mamele nu trebuie să se alarmeze considerând că sugarul „a răcit. ***Sughiţul.*** Mulţi copii sughiţă în primele săptămâni de viaţă. Aceasta nu trebuie să constituie un motiv de îngrijorare. Pentru combaterea sughiţului, sugarul va fi luat în braţe şi ţinut cu abdomenul lui lipit de corpul mamei („piele la piele”). Compresiunea şi căldura locală fac să se schimbe poziţia bulei de aer care declanşează excitaţia nervului frenic, răspunzător de reflexul de sughiţ. Eventual sugarul va fi frecat sau bătut uşor pe spate, în cazuri ai rebele se poate administra puţin ceai călduţ, de exemplu ceai de anason, îndulcit cu o linguriţă de zahăr şi cu câteva picături de suc de lămâie. Dacă să udat va fi schimbat în scutece uscate şi va fi culcat. Se verifică orificiile de la tetină şi se corectează tehnica alimentaţiei.

2.3.18. Dezvoltarea psihomotorie

Părinţii sunt datori să-şi cunoască la venirea pe lume, nou-născutul este o fiinţă cu totul dependentă. Capacităţile corpului şi minţii sale se dezvoltă lent şi după o ordine bine stabilită. Această dezvoltare este determinată de patrimoniul moştenit de copil şi de influenţele care se exercită asupra lui din afară. ***Trăsăturile***

moştenite sunt cele mai importante. Ele determină dezvoltarea sugarului chiar de la început. Anterior am descris cum arată şi cum evoluează corpul, pielea şi unele organe ale nounăcutului, în continuare, în paginile care urmează, vom arăta cum se urmăresc funcţiile sistemului nervos.

Sufletul nou-născutului este greu de înţeles. Când este vorba de dezvoltarea neuromotme a nou-născutului, unii susţin că este vorba de o fiinţă care nu are decât reflexe. ***Nu este posibil să se afirme dacă un nou-născut este sau va deveni inteligent.*** Toate mişcările sunt automate şi par necoordonate; cel puţin în primele zile de viaţă sunt mişcări reflexe, adică mişcări care au ca scop conservarea vieţii (de exemplu, mişcările de supt). Ele sunt fapte în care conştienţa nu ia parte deloc. Imediat după naştere, nou-născutul nu manifestă vreun interes pentru ceva, în primele zile principala sa ocupaţie este să doarmă şi să sugă. După câteva zile, el întoarce deja capul spre lumină, pe care la început o evită, reacţionează la vocea mamei. Urmărind nou născutul, mama va nota în cursul primelor săptămâni, multe mici semne care dovedesc că are loc o „trezire”: îşi mişcă uşor din când în când braţele şi gambele, se întinde puţin, încreţeşte fruntea, emite mici zgomote sau bombăneli, deschide gura, schiţează suptul, încetul cu încetul ei devine mai îndemânatic în a apuca sânul sau tetina. Să nu se uite că tonusul muşchilor gâtului este încă slab; capul trebuie susţinut bine, iar în timpul suptului

trebuie sprijinit pe cotul mamei.

Poziţia corpului şi a membrelor a) Culcat pe spate („decubit dorsal”), nou-născutul la termen are o poziţie tipică cu cele patru membre îndoite („flectate”) şi simetrice. ***Capul*** este de obicei întors într-o parte, rezemat de planul patului cu obrazul drept. Corpul urmează întoarcerii capului

(„în bloc”).

Braţele sunt aşezate lângă corp, în stare de flexie (puţin îndoite din articulaţia cotului).

Degetele mâinilor sunt parţial strânse, în poziţie de pronaţie (cu palma în jos, uşor deschisă), degetul mare fiind adus spre palmă.

Membrele inferioare sunt flectate („strânse”) şi rotate extern din articulaţia şoldului. Ele sunt îndoite: coapsele pe abdomen, gambele pe coapse (prin flexia genunchilor), picioarele în flexie dorsală, degetele în flexie plantară („cvadruplă flexie”). Atitudinea de flexie a membrelor, asemănătoare parţial cu poziţia din uter, se datorează tonusului crescut al muşchilor flexori ai membrelor (fig.

2.18).

Unele mame sunt impresionate de rezistenţa pe care o întâmpină când încearcă să întindă (să deflecteze) antebraţul sau gamba; oricare din aceste segmente, coborât şi întins de mamă revine prompt la prima poziţie (flectată). Frecvent se observă o reacţie „în

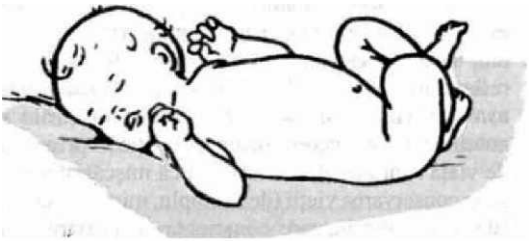


Fig. ***2.18*** – Culcat pe spate: capul este întors pe o parte; membrele sunt flectate, braţele sunt aşezate lângă corp, degetele sunt parţial strânse.

masă", nediferenţiată, ca o „tresărire" bruscă şi generală, ce duce la întinderea trunchiului şi membrelor; este o modificare a modelului în flexie prin cedarea temporară a tonicităţii fiziologice crescute, la un stimul oarecare, aşa cum se întâmplă prin reacţia Moro (fig. 2.19).

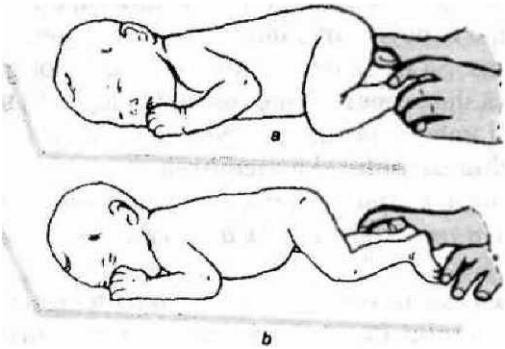


Fig. 2.19Poziţia în decubit ventral (culcat pe burtă): domină flexia membrelor; nou-născutul poate schiţa mişcări de târâre; capul este sprijinit pe o parte.

b) ***Culcat pe burtă („decubit ventral").*** Şi în această situaţie domină poziţia în flexie. Şoldurile sunt ridicate lăsând între planul patului şi unghiul format de torace şi coapse un spaţiu înalt de 3 – 4 cm. Genunchii sunt situaţi sub trunchi sau lângă acesta. Din a 2-a – a 3-a

săptămână, nou-născutul reuşeşte să-şi aşeze capul pe o parte şi îl poate ridica pentru scurt timp pentru al culca pe cealaltă. Din când în când încearcă să facă mişcări de târâre şi sprijinul se face cu ajutorul degetelor mari de la picioare; aceste mişcări se produc sau sunt mai active când sunt atinse tălpile picioarelor nou născutului. Genunchii sunt îndoiţi pe coapse, picioarele pe gambe („în flexie dorsală”).

c) ***Tracţiunea din poziţia culcat pe spate.*** Apucând nou-născutul de mâini şi trăgându-uşor în sus şi

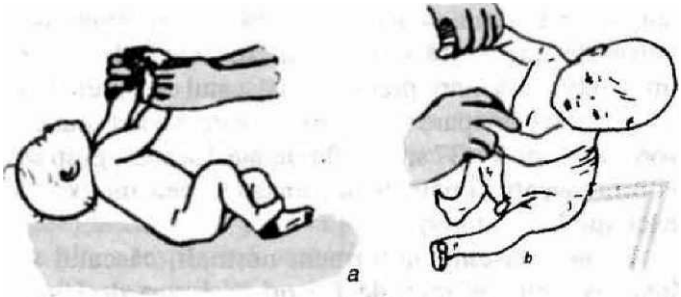


Fig. ***2.20*** – Dacă nou-născutul este tras de braţe în sus, din poziţia culcat pe spate, capul cade înapoi sau lateral (muşchii sunt hipotoni).

Înainte, braţele se menţin în flexie (îndoite), iar capul atârnă pe spate (fig. 2.20).

d) ***Simetria.*** Poziţia şi mişcările nou-născutului sunt aproape simetrice. La unii se observă o slabă mişcare a capului spre „partea preferată”. Simetria atitudinii între membrul drept şi cel stâng este aproape permanentă, fie că este vorba de cele superioare, cât mai ales de cele inferioare. În caz că se observă o asimetrie dintre două membre omoloage (respectiv dreptul cu

stângul) aceasta poate avea o semnificaţie patologică.

Reflexele prezente la naştere. Termenul de reflex provine din cuvântul latin ***reflexul*** (de la ***reflectare*** – a răsfrânge, a întoarce). Reflexele (actele reflexe) sunt procese de bază ale activităţii nervoase, prin intermediul cărora excitaţiile senzitive (senzoriale) determină un răspuns efector, motor sau secretor.

Copilul se naşte cu anumite reflexe primitive (arhaice), reacţii automate la modificările de mediu. Aceste reflexe dispar către vârsta de câteva luni, pe măsură ce locul lor este luat de mişcările voluntare. Unele din aceste reflexe sunt de protecţie, fiind necesare supravieţuirii, altele reflectă comportarea care ar putea fi asemuită cu stadiile timpurii din evoluţia omului. Dacă o pisică cade de la înălţime, ea aterizează pe cele patru picioare, datorită reflexelor primitive de „redresare”. Nou-născutul este dotat cu reflexe ce fac ca majoritatea mişcărilor lui să fie automate. ***Există o tendinţă generală ca aceste reflexe primitive să dispară către vârsta de 3, care este vârsta când sugarul începe să facă mişcări voluntare. El atinge această etapă când începe să doreasc*****ă*** ***şi să poată să ufacă ceva „singur,*** în jurul vârstei de 3 luni există o acalmie în activitatea motorie a sugarului deoarece mişcările automate se sting, iar mişcările voluntare de abia încep să apară.

Cercetarea reflexelor se face atât la maternitate cât şi acasă în primele săptămâni de

viaţă. Mama aude mereu pe medici „are reflexe normale” sau „Moro este prezent”. Ea însăşi observă că dacă izbeşte coşul (patul), nou-născutul tresare; când se trage brusc scutecul de sub nou-născut, când acesta este desfăşat, el întinde brusc braţele şi uneori desface degetele; acestea nu sunt decât schiţe de reflexe normale. S-au descris zeci de reflexe. Se vor expune numai câteva: ***Reacţia Mow*** (după numele pediatrului german care la descris în anul 1917) se produce dacă nou-născutul este treaz. Dacă medicul izbeşte violent masa pe care este culcat nou-născutul, dacă trage brusc de scutecele pe care e culcat sau trage mâna cu care h susţinea capul, se declanşează reflexul Moro (fig. 2.21).

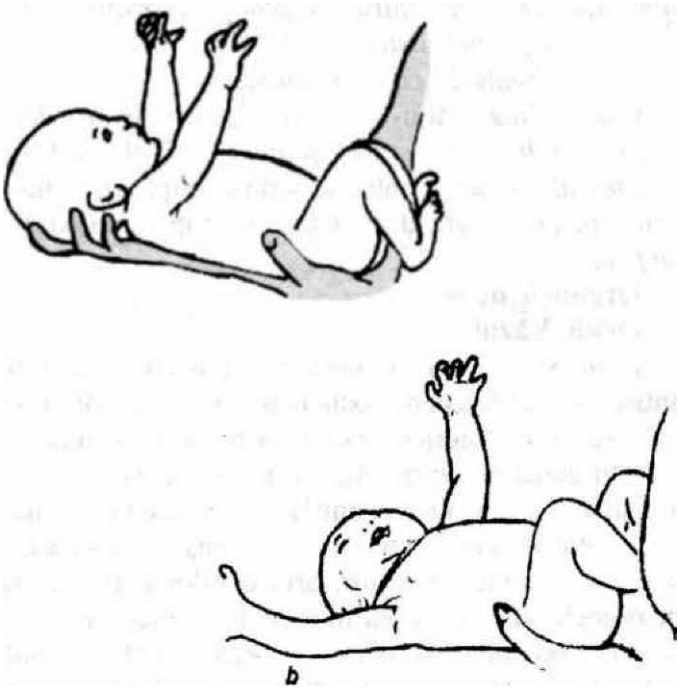


Fig. ***2.21*** – Reacţia (reflexul) Moro.

Nou-născutul îşi întinde tot corpul, depărtează braţele de torace, le întinde, deschide degetele, uneori ţipă, întinde membrele inferioare! în timpul al II-lea se produce revenirea în poziţia de repaus cu braţele flectate şi cu pumnii strânşi. Medicul este singurul în măsură să aprecieze dacă reflexul Moro este prezent, complet, simetric. De altminteri nu se trag concluzii decât după ce se cercetează mai multe reflexe. ***Reflexul de agăţare, de apucare a degetelor.*** Dacă medicul (sau mama) trece degetul prin palma nou născutului, degetele acestuia se închid brusc şi cu atâta forţă, încât nou-născutul poate fi ridicat uneori deasupra planului patului sau mesei pe care este examinat (fig. 2.22).

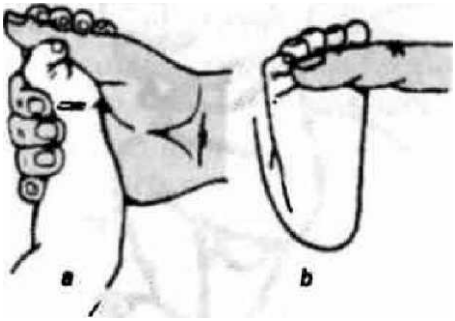


Fig. ***2.22*** – Reflexul de apucare (agăţare) palmar şi plantar. Dacă se trece degetul pe sub talpa piciorului nou născutului, se simte cum degetele picioarelor se flectează. ***Reflexul punctelor cardinale*** se numeşte astfel, deoarece modul său de cercetare constă în mai multe stimulări (atingeri) succesive, aplicate în jurul gurii, în locuri situate conform punctelor cardinale; la colţurile buzelor (drept şi stâng), apoi

la părţile din mijloc deasupra şi dedesubtul buzelor. ***Răspunsul este cu atât mai rapid cu cât nou-născutul este la interval mai mare faţă de ultima alăptare.*** Limba şi buzele se mişcă spre punctul atins, antrenând uneori şi capul în această mişcare. Esenţa răspunsului rezidă în faptul că aceste mişcări ale corpului se fac în acelaşi sens ca şi stimulul, declanşând astfel mişcări de flexie, extensie şi rotaţie ale gâtului. Când reflexul punctelor cardinale este perfect, nou-născutul suge şi înghite corect. ***Mersul automat.*** Nou-născutul este ţinut de trunchi, sub braţe, vertical, astfel încât picioarele să atingă un suport solid. La contactul plantei (talpa) cu suprafaţa mesei de examinare, membrul respectiv se flectează, iar celălalt se întinde. Când acesta din urmă atinge planul mesei, se flectează, iar primul se întinde. Din această succesiune de îndoire şi întindere a membrelor inferioare, cu trunchiul uşor aplecat înainte, rezultă o deplasare care sugerează mersul denumit „mersul automat (fig. 2.23). Dacă este ţinut în continuare de axile şi dus la marginea unei mese, el are un ***de urcare.***

Răspunsul la durerea vie. La nou-născutul mai puţin vioi, cu reactivitate redusă, este indispensabil să se măsoare atingerea eventuală a sensibilităţii, al cărei

Fig. ***2.23*** – Mersul automat.

prag poate fi foarte ridicat sau foarte coborât. Pentru aceasta se ciupeşte prelungit (1 – 3 secunde) talpa piciorului, în mod obişnuit nou-născutul răspunde prin retragere aproape imediată a piciorului excitat, urmată de flexiuni („îndoiri") succesive ale gambei şi ale coapsei (tripla contracţie); apoi apare ţipătul (viguros şi prelungit, proporţional cu intensitatea durerii) şi mişcarea globală cu agitaţie care se instalează imediat, pentru a se stinge progresiv, odată cu ţipătul, în

3 – 5 secunde. Această mişcare poate fi oprită, ca şi ţipătul, prin mângâieri uşoare şi ritmice ale frunţii sau ale toracelui anterior.

Dacă un stimul dureros viu nu declanşează decât retragerea imediată a piciorului cu triplă contracţie, fără ţipăt şi fără mişcare globală, este

vorba de un caz patologic.

Limbajul Nou-născutul poate emite puţine sunete involuntare, laringiene sau guturale, mai ales noaptea. Ţipă înaintea meselor, dar se linişteşte de îndată ce a fost hrănit.

Ţipătul viguros este un semn de sănătate!

Contactul social. Nou-născutul are un facies (expresie a feţei)

aproape imobil (fără mimică), peste care trece intermitent un „zâmbet” fără motiv vizibil.

Uneori pare că-şi priveşte mama sau pe examinator. Se sperie uşor la zgomote. Activitatea motorie şi mişcările „în masă” sunt diminuate când atenţia este deviată. Nou-născutul poate fi calmat prin ridicare în braţe, mângâiere, la auzirea unei voci cunoscute, la căldura contactului corporal şi la alăptare. Când este liniştit, închide şi deschide ritmic gura.

Comportamentul emoţional. După 7 – 10 zile de viaţă, dacă nou-născutul este în stare de veghe şi este liniştit, poate fi examinat în bune condiţii de către medic. Nou-născutul pare atent, cu ochii deschişi; din când în când apare un „zâmbet”. Unii dintre ei se întrec parcă pe ei înşişi când se „caută” de către medic reflexele arhaice (vezi mai sus!). Nervozismul părinţilor, situaţiile conflictuale din familie şi mai ales starea de tensiune a mamei au un rol important în comportamentul nou-născutului şi sugarului. Dacă nou-născutul plânge, părinţii trebuie să-şi înfrângă neliniştea. Toate îngrijirile se fac cu calm, „vorbindu-i” cu voce caldă. Când plânge, nou-născutul poate fi liniştit dacă este luat în braţe şi

„strâns la piept” 9 „lipit” cu burta de pieptul mamei (contactul strâns, după unii autori „piele pe piele”, are efect sedativ prompt) şi mângâiat pe frunte. Organele de simţ ochii. Văzul

Ochii sunt complet formaţi la naştere. Picăturile antiseptice care se pun în ochi (soluţie de nitrat de argint 1% sau cu antibiotice), pentru a preveni eventualele infecţii generate de microbii din canalul pelvigenital al mamei, produc uneori umflarea pleoapelor. Această inflamaţie, asociată cu tendinţa nou-născuţilor de a ţine ochii închişi, face ca examinarea ochilor să fie dificilă în primele zile. De abia după câteva zile, când este ridicat în poziţie verticală, nou-născutul poate deschide ochii. La nevoie se îndepărtează cele două pleoape printr-o mişcare blândă, încercând astfel să se inspecteze globii oculari, în timpul suptului, la majoritatea nou-născuţilor ochii sunt închişi. Sclerele (albul ochilor) pot fi roşii, datorită unei hemoragii subconjunctivale din timpul travaliului; hemoragiile trec după câteva săptămâni, fără să aibă vreo semnificaţie patologică şi fără să lase urme. Dacă din ochi se scurge puroi, pleoapele sunt lipite şi tumefiate, iar conjunctivele sunt inflamate, înseamnă că s-a adăugat o infecţie (conjunctivită), care trebuie tratată cu grijă. Inflamaţia unilaterală este determinată de obicei de o imperforaţie a canalelor lacrimale şi necesită adesea consultul medicului oftalmolog.

Văzul. Ochii reprezintă cel mai important instrument senzorial al sugarului. Cu ochii el cuprinde de la început lumea înconjurătoare, înainte de a o „apuca şi pipăi” cu mâinile sale. El

vede, dar nu percepe (nu ştie ce vede). Privirea şi viziunea unui obiect sunt prezente la majoritatea nou-născuţilor.

Simţul văzului este însă inegal dezvoltat la nou născuţi, chiar de aceeaşi vârstă şi durată de gestaţie, cei născuţi la termen având un simţ vizual mai dezvoltat.

Aşa cum să menţionat mai sus, în primele zile de viaţă nou-născutul întoarce capul sau clipeşte când se proiectează brusc o sursă de lumină asupra ochilor să-i El poate ţine ochii deschişi, dar nu „vede" încă; nou născutul este ***„psihic*** orb" (H. Willi). Mişcările ochilor şi pleoapelor nu sunt coordonate, un ochi poate fi deschis în timp ce celălalt este închis; un ochi poate privi la dreapta, pe când celălalt este întors spre stânga. La majoritatea nou-născuţilor acest strabism (se uită „cruciş") este intermitent, trecător şi fără importanţă. Se datorează unei lipse de acomodare şi de coordonare a musculaturii globilor oculari. Dispare în primele 6 – 9 luni de viaţă. ***Un strabism este patologic numai dacă este la ambii ochi, convergent (spre nas) accentuat şi durabil*** Cercetarea privirii şi vederii se face cu ajutorul unui obiect strălucitor (ochelarii examinatorului) sau colorat roşu-viu ori galben. De abia după vârsta de 1 lună (uneori la 1 – 3 luni) sugarii au o privire mai netă, devin capabili de a intra în contact cu mama prin privire sau pot să fixeze şi să urmărească mai mult un obiect strălucitor situat lateral, mişcat la distanţă de circa 15 – 25 cm, în absenţa unui obiect luminos,

privirea nou-născutului este vagă. Mişcările simultane, comandate de activitatea musculaturii globilor oculari reprezintă o mare încercare pentru orice nou-născut.

Apariţia lacrimilor Nou-născutul ţipă şi plânge fără lacrimi. ***În medie, lacrimile apar în jur de 3 săptămâni.*** La foarte puţini nou-născuţi se observă lacrimi înainte de această vârstă. De subliniat că iritaţia conjunctivală datorită colirului instilat la naştere sau în primele zile poate declanşa o secreţie apoasă, precoce, asemănătoare cu lacrimile, dar care este trecătoare. De asemenea, perforaţia canalelor lacrimale poate determina înroşirea şi „lăcrimarea ochilor". Medicul va consemna ziua în care apar lacrimile, moment ce este apreciat ca un progres în dezvoltarea şi achiziţiile nervoase ale copilului.

În concluzie: Primele schimburi afective între mamă şi nou-născut sunt vizuale. Toţi părinţii au resimţit emoţia extraordinară de a fi priviţi, sorbiţi cu ochii de nou-născut, în acelaşi timp, mama fixează şi ea ochii copilului sau cele două priviri se atrag reciproc şi amândouă sunt pline de emoţii şi de întrebări. Aceste activităţi de relaţie şi de atracţie reciprocă au fost descrise de Ajunaguerra în 1969. ***Înainte de 6 săptămâni copilul priveşte conturul capului, ochii, nasul şi gura adultului. După 6 săptămâni, când mama vorbeşte, sugarul priveşte cu intensitate numai ochii şi nu gura de unde vin sunetele şi obiectele care se mişcă.*** Urechile. Auzul

Examenul urechilor permite să se aprecieze dimensiunile, forma, implantarea joasă, morfologia cutelor pavilioanelor, situaţia conductului auditiv extern. Acest examen a luat, în ultimii ani, o importanţă din ce în ce mai mare în cercetarea clinică a unei anomalii genetice.

Fătul aude sunetele şi zgomotele începând din a 6-a lună de viaţă intrauterină. El percepe senzaţiile de echilibru înainte de senzaţiile auditive care nu sunt transmise de la început decât pe calea conductelor osoase.

În uterul mamei, fătul aude zgomotele mediului exterior şi pe cele ale lumii interioare. Zgomotele exterioare sunt reprezentate mai ales de vocea mamei şi a tatălui. Zgomotele interioare sunt reprezentate de bătăile inimii sale şi ale mamei, de chiorăitul intestinelor mamei, suflul rapid regulat al trecerii sângelui în aorta abdominală a mamei. După naştere, majoritatea nou-născuţilor normali reacţionează la zgomotele grave, între a 3-a zi şi a 30-a zi, nou-născutul recunoaşte vocea mamei sale. Recunoaşterea vocii mamei nu este pusă în evidenţă decât dacă mama vorbeşte copilului său în mod obişnuit. Cadenţa şi intonaţia joacă un rol important în recunoaşterea vocii. Percepţia auditivă a sugarului ţine de modul cum i se „adresează” mama (ton, cadenţă, uniformitate, muzicalitate, frecvenţă etc.) şi de acuitatea auditivă a fiecărui copil. Dacă mama îi vorbeşte fără nicio intonaţie, cu o cadenţă accelerată ca şi când ar citi un text incoerent şi neinteresant, sugarul nu va fi „interesat” de vocea mamei.

În ceea ce priveşte identificarea vocii mamei faţă de vocea unei femei străine părerile sunt foarte diferite: după Decasper şi Fifer (1980) la vârsta de 3 zile, după Jacques Mehler la sfârşitul primei luni, în timp ce după White de abia spre 4 sau 5 luni.

Pe lângă voce, o parte importantă o are expresia feţei. „Faţa impasibilă" face ca vocea mamei să nu mai fie „interesantă" pentru copil. Dacă o mamă continuă să vorbească, dar încetează orice joc al mimicii, cu faţa înţepenită, copilul este dezorientat. Timp de câteva secunde, amplifică răspunsurile interactive, apoi văzând că nu se mai întâmplă nimic, se opreşte, nu se mai mişcă, nu mai fixează faţa mamei, devine amorf.

Este bine ca mama, care îngrijeşte copilul, să-i vorbească tot timpul, să-i cânte dacă are voce. Ea este prima care va observa când sugarul aude; se liniştеşte când o aude vorbind sau cântând, o fixează şi o urmăreşte, preferând-o faţă de persoane străine. Simţul olfactiv (mirosul)

Nasul este, în general, mic, prezentând rareori, pe suprafaţa sa, pete albgălbui ***(milium albicans).***

Încă din anul 1877, marele naturalist englez Charles Darwin a observat că nou-născutul percepea mirosul sânului mamei sale până la 30 cm. La rândul său, mama recunoaşte foarte timpuriu mirosul copilului său. Cu ochii legaţi, ea recunoaşte mirosul cămăşuţelor purtate de copilul său. Mirosul este prezent la naştere. Mulţi nou-născuţi întorc capul spre sânul mamei, înainte de ai şi atins, după mirosul laptelui şi/sau corpului.

Dacă sunt despărţiţi pentru câteva zile de mamă, unii o recunosc numai după ce sunt luaţi în braţe şi îi simt mirosul şi formele corpului. La Leagănul de copii şi în creşe, unii sugari primesc să sugă numai de la mama lor. Este cunoscut faptul că, dacă o mamă schimbă apa de colonie cu care era obişnuit sugarul, acesta refuză sânul şi chiar nu mai acceptă să stea în braţele ei. Richard Porter (Tennessee – SUA) a arătat experimental cum copiii de ***5 – 6 ani*** recunosc încă mirosul mamelor lor, în majoritatea cazurilor se constată că şi mamele respective recunosc mirosul copiilor lor. Acelaşi cercetător susţine că membrii unei familii degajează un „miros de bază identic”, un „miros de familie”.

Amintirile olfactive impregnează viaţa afectivă în mod inconştient, dar tenace.

În prezent se socoteşte că sugarul foloseşte mirosul pentru a stabili noţiunea de 44 aproape”, iar auzul pentru a deosebi „departe”. Gustul

Organul gustului (mugurii gustativi localizaţi pe limbă) se constituie foarte timpuriu în cursul vieţii intrauterine. Chiar de la această vârstă, fătul preferă gustul dulce. Cu cât lichidul amniotic este mai dulce, cu atât fătul înghite din el mai mult. Dacă mama este diabetică, nou-născutul riscă de a fi mare prin excesul de aport sanguin de zahăr. Gustul este relativ bine dezvoltat la nou-născut. El deosebeşte substanţele cu gust plăcut (dulce) de cele cu gust neplăcut (amar, acru, sărat); ultimele declanşează o salivaţie abundentă şi grimase, în timp ce alimentele cu gust plăcut declanşează reflexul de supt şi înghiţit. Dacă

mama consumă alimente care modifică gustul şi/sau mirosul laptelui mamei (piper, ardei, ceapă, usturoi etc.), sugarul refuză să sugă. Simţul tactil (pipăitul)

Pielea este organul senzorial cel mai întins şi sugarul are nevoie să fie luat şi ţinut în braţe, legănat şi mângâiat. Simţul tactil apare foarte devreme în viaţa fetală; alături de alte funcţii senzoriale ca vederea şi auzul, simţul tactil este foarte important dar greu de demonstrat. El este asociat cu comunicarea prin auz şi vedere, în perioada de nou-născut şi de sugar mai mare se socoteşte că simţul pipăitului constituie o formă de limbaj. Contactul cu pielea şi căldura corpului mamei sunt stimulări foarte puternice. Adesea, mângâiatul şi luatul în braţe sunt suficiente pentru a opri ţipetele sugarului. De altfel, acesta este în permanenţă îngrijit pentru că nu poate face nimic el însuşi: este luat în braţe, schimbat, desfăşat, spălat, şters; i se curăţă urechile, ochii, nasul, gura; este îmbrăcat; i se dă să mănânce, se alină, se reculcă etc. ***Unul din mijloacele cele mai eficiente de combatere a colicilor abdominale la sugar este ca în timpul alimentaţiei să fie în contact nemijlocit cu corpul mamei sale*** – ***„piele la piele***

Contactul strâns, căldura corpului şi compresiunea locală exercitate asupra corpului copilului („piele la piele”) previn şi/sau calmează colicile, regurgitaţiile şi chiar vărsăturile sugarului.

Sugarul simte blândeţea, bruscheţea şi/sau

stângăcia gesturilor, îngrijirile corpului (ţinut în braţe, înfăşat şi desfăşat, baie etc.) făcute agreabil şi adaptat a fost numit „dialog tonic” de Ajunaguerra. Unele tulburări ale comportamentului copilului, survenite mai târziu, sar explica prin lipsa de contacte cutanate între mamă şi sugar, îngrijirile nou-născutului acordate fără suflet, impersonale şi unele brutale sau cu stângăcie au consecinţe negative asupra comportamentului acestuia: colici, dificultăţi la supt, regurgitări, tulburări de somn, episoade de agitaţie sau de plâns etc.

Luatul şi ţinutul în braţecondamnate decenii în şir, trebuie reconsiderate. Pe lângă alimentaţie şi îngrijiri corporale corecte, sugarul are nevoie de dragoste, pe care o primeşte prin luat în braţe, blândeţe, mângâieri şi răbdare, „convorbiri” în timpul oricărei manevre de îngrijire, contact social şi afectiv permanente. Manifestări anormale

Motricitatea generală a) ***Decubitus dorsal (culcat pe spate).*** Dacă nou-născutul stă într-o poziţie de flexie prea accentuată sau de extensie, inert „înţepenit” (corpul întins, fără vreo îndoire a membrelor inferioare sau superioare)

Înseamnă că este vorba de o poziţie anormală. b) ***Decubitus ventral (culcat pe burtă).*** În această poziţie, sugarul nu poate deplasa deloc capul, care rămâne „cu bărbia căzută pe piept”. Capul nu poate fi întors într-o parte, sugarul nu poate respira liber (pericol de înăbuşire). ***Reflexe şi reacţii.*** Toate reflexele şi

reacţiile sunt fie exagerate, fie absente, fie asimetrice, chiar dacă sunt respectate condiţiile optime de examinare. ***Motricitatea fină şi adaptarea.*** Spre sfârşitul primei luni de viaţă, în cazul unor urmări după suferinţe din timpul sarcinii sau naşterii, sugarul respectiv creează impresia că nu vede sau că este surd, deoarece excitaţiile nu sunt prelucrate la nivel central.

Limbajul şi contactul social. Nou-născutul este prea liniştit sau exagerat de agitat. Unii ţipă continuu, alţii nu plâng deloc; prima alternativă creează îngrijorare în familie şi determină prezentarea la medic. La această vârstă se poate trece cu vederea că sugarul are un contact limitat cu lumea înconjurătoare.

Sugarii „întârziaţi" psihic nu reacţionează la vocile şi feţele umane.

Orice mamă care-şi iubeşte copilul are un „simţ" special pentru această „dificultate" de contact. Nu este exclus ca această dificultate să aibă la bază un deficit senzorial (de vedere sau de au). De asemenea se poate constata că sugarul anormal nu reacţionează adecvat la încercările de a fi calmat prin mângâieri, luat în braţe, căldură, schimbat la alimentaţie.

2.4. Îngrijirea pielii şi anexelor (păr, unghii)

Pielea sugarului este cel mai important organ de simţ pentru pipăit, căldură şi frig, durere şi liniştire. Senzaţiile cele mai numeroase şi mai prompte, de plăcere sau de neplăcere, sunt simţite mai ales prin piele. Pielea sugarului este mai subţire şi mai fină decât a adultului. De aceea el pierde mult mai repede căldura şi lichidele (prin

transpiraţie) din cauza suprafeţei relativ mari a corpului şi a subţirimii ţesuturilor pielii.

Pielea sugarului este suprasolicitată de eliminarea de urină şi materii fecale, alimente regurgitate, mediu înconjurător poluat, aer cald şi uscat şi îmbrăcăminte adesea nepermeabilă la aer. De aceea, îngrijirile ce se acordă pielii sunt de mare importanţă. Manevrele de îngrijire trebuie să fie deosebit de blânde, iar îmbrăcămintea (scutece etc.) şi mijloacele de îngrijire (săpun, creme etc) trebuie alese cu mult discernământ.

2.4.1. Obiecte necesare a) ***Cădiţa (albia, băiţa, vana)*** din material plastic este cea mai avantajoasă: este ieftină, uşor deplasabilă, rezistentă şi se poate curăţi uşor. La noi se găsesc cădiţe din material plastic, cu o capacitate de 32 litri. Cădiţa se aşază într-o poziţie stabilă şi comodă pentru mamă. Sugerăm să se confecţioneze o planşetă de lemn (cum sunt cele de desen sau cele pentru gospodărie) de dimensiuni ceva mai mari decât lăţimea căzii din camera de baie. Cădiţa se mai poate aşeza pe două scaune sau pe o măsuţă mai joasă.

În ultimul timp au apărut cădiţe montate pe un picior pliant, cădiţe în hamac de susţinere etc.

În mediul rural se mai foloseşte pe alocuri albia de lemn, care are dezavantajul că nu se poate dezinfecta

Fig. 2.24 – Obiecte pentru îngrijire.

şi dacă este uzată prezintă riscul rănirii prin aşchiile care se desprind.

b) Termometrul de baie c) ***Un vas mic din material plastic,*** cu apă caldă curată pentru spălat faţa.

d) ***Un prosop mic*** dintr-un material moale pentru faţă.

e) Fie o mănuşă pluşată, fie o cârpă din pânză moale (confecţionată din rufărie veche). Dacă se foloseşte un burete, acesta trebuie spălat, stors şi limpezit de mai multe ori deoarece se îmbibă cu spumă de săpun, cu murdărie sau/şi microbi.

f) ***Un prosop mare de baie*** cu un colţ însemnat; cu acest colţ se „usucă" regiunea superioară a corpului. Prosopul se întinde pe o masă de înfăşat, pe o masă obişnuită sau, în lipsa acestora, pe patul sugarului sau al adulţilor.

g) ***Lenjeria pentru sugar*** (scutece, „body", „Pampers", jacheţică, botoşei, scufiţă), plasată la îndemână, iar iama pe un calorifer cald sau lângă sobă. Scutecele se aşază în ordinea folosirii.

h) ***Comprese sterile*** (un pacheţel) şi beţişoare cu vată puse într-o cutie de plastic.

i) o ***forfecuţă*** pentru unghii.

j) Un pieptene şi o perie pentru cap (cu peri fini şi moi). k) ***Un vas de metal în care se pun tampoane le întrebuinţate.*** Dacă sugarul suferă de o infecţie a pielii, tampoanele se ard ulterior. Vasul se spală cu detergenţi şi eventual se dezinfectează.

i) o ***găleată cu pedală*** pentru rufăria murdară a sugarului. m) ***Uncăzănel*** pentru fierberea lenjeriei. n) o ***pară mică de cauciuc*** sau ***pipetă specială*** pentru aspirarea secreţiilor

din nas.

2.4.2. Mijloace de îngrijire. Cosmetice în ultimul timp au apărut o mulţime de produse comerciale, însoţite de o reclamă excesivă. Amintim câteva dintre ele cu precizarea că nu toate sunt necesare. Mai mult, unele dintre acestea, fabricate de firme improvizate, pot produce efecte nedorite (iritaţii, roşeaţă, agitaţie).

Săpunul pentru copii (Baby Seife, Baby Soap, Baby savon). Este un săpun bogat în grăsimi, pur şi bine rafinat. Nu conţine aditivi şi rezistă mult timp. Are o reacţie acidă. Se foloseşte, cu măsură, de dorit numai la săpunirea organelor genitale, ale zonei din jurul anusului, la subsori şi la cutele pielii. Este absolut necesar pentru baie. Nu este recomandată săpunirea excesivă, generalizată. Săpunul „de casă” şi săpunul de rufe fiind alcaline atacă stratul protector acid al pielii. Săpunurile de toaletă pentru adulţi conţin aditive şi unele au reacţii alcaline, ceea ce le contraindică la sugari.

Săpunul lichid pentru copii se apreciază că ar fi inofensiv şi mai eficient la curăţirea pielii sensibile la sugarii predispuşi la roşeaţă, cojiţe, crăpături. Nu usucă pielea, nu-i modifică aciditatea şi menţine pielea moale şi catifelată. Se foloseşte la indicaţia medicului.

Loţiunea pentru sugari este o suspensie fără substanţe alcaline, recomandată tot pentru curăţire. Nu modifică stratul de protecţie al pielii, având un pH acid asemănător cu cel al pielii sugarului.

Adaosurile spumante pentru baie asigură o

curăţire eficientă la nivelul porilor pieli. Majoritatea conţin şi substanţe alcaline. Apa caldă de baie degresează deja pielea aşa că nu este necesară la sugari, vârstă la care spuma este percepută ca neplăcută, Aceste adaosuri conţin de obicei uleiuri de plante (aloes etc.) şi de aceea sunt indicate la sugarii mari şi la copii cu piele uscată. Baia devine mai plăcută. Pentru pielea cu răni, cu pete, seboree (cruste) şi cu sensibilitate mare pe vremuri se recomandau tărâţele care nu sunt iritante. În prezent nu se mai folosesc. Cremele medicinale sau unguentele pentru copii (de obicei pe bază de talc şi oxid de zinc, vaselină şi lanolină, la care firmele producătoare adaugă diferite ingrediente) au ca scop să protejeze pielea împotriva acţiunii iritante a urinei şi fecalelor. Se vor aplica în strat uniform şi foarte subţire pentru a fi uşor de îndepărtat. Crema sau ingredientul se foloseşte la recomandarea medicului. Produsele româneşti au aceleaşi efecte.

Mixturile sunt suspensii pe bază de talc, oxid de zinc, glicerină şi apă în anumite proporţii cu sau fără adaosuri. Ultimele se adaugă în funcţie de forma clinică a reacţiilor cutanate. Sunt indicate îndeosebi în erupţiile cu leziuni umede.

Uleiul pentru copii este un ulei vegetal, bine purificat, care protejează pielea delicată a sugarului de efectele nocive ale urinei, materiilor fecale, transpiraţiei şi ale resturilor alimentare. Uleiul înmoaie crustele, absoarbe secreţiile şi favorizează cicatrizarea rănilor. Unele uleiuri conţin vitamine şi substanţe protectoare. ***Uleiul de floarea-soarelui fiert se foloseşte cu***

aceleaşi efecte favorabile. În plus costă mult mai puţin!

De obicei se foloseşte la curăţirea zonelor din jurul anusului şi organelor genitale. Se poate aplica şi pe restul corpului, la cutele pielii (gât, subsoară, coapse).

Şerveţelele impregnate cu ulei sunt ambalate în cutii speciale. Se folosesc pentru curăţirea gurii şi mâinilor copilului în timpul plimbărilor, călătoriilor şi în orice împrejurare când copilul şi familia sunt în afara locuinţei. Constituie un obiect de lux; un şerveţel sau o bucată de tifon înmuiat sau nu în apă este tot aşa de bun. Cremele, unele loţiuni, „laptele pentru piele”. se folosesc pentru protecţia corpului şi a feţei în caz de intemperii (căldură prea mare, frig, vânt) mai ales la sugarii care prezintă unele reacţii ale pielii când sunt scoşi afară (roşeaţă, uscare etc.).

Pudra se foloseşte cu scopul de a absorbi umezeala şi transpiraţia, de a răcori şi a vindeca unele leziuni ale pielii (roşeaţă, pete, crăpături). În locul uleiului şi loţiunilor se poate folosi, la cutele pielii, pudra de talc. Se va evita excesul de pudră, deoarece aspirarea norului de pudră de către sugar este periculoasă (sufocare, criză de apnee etc.). Puneţi puţină pudră într-o mână şi cu degetele de la cealaltă mână răspânditio uniform în strat subţire pe la toate cutele. Nu lăsaţi în niciun caz cutia cu pudră la îndemână sugarului mai mare şi a copilului mic. De obicei cutia de pudră are un capac de siguranţă, dar acesta s-ar putea, totuşi, deschide la un moment dat.

Şamponul pentru copii Baby Shampoo se

preferă în locul săpunului obişnuit la spălarea capului (pH acid, spuma nu irită conjunctivele, previne parţial formarea de cruste).

2.4.3. Spălatul (baia parţială din primele zile) Dacă bontul ombilical nu să detaşat sau dacă sugarul este bolnav şi are febră mare, atunci va fi numai spălat parţial. Pentru aceasta sunt necesare: două vase de plastic cu apă caldă, unul pentru partea de sus a corpului şi celălalt pentru părţile de jos (apa trebuie să aibă temperatura de 36,5

37°); vată; o mănuşă sau o cârpă pentru spălat; un prosop; scutece curate; săpun sau loţiune; ace de siguranţă; o găleată pentru scutecele folosite.

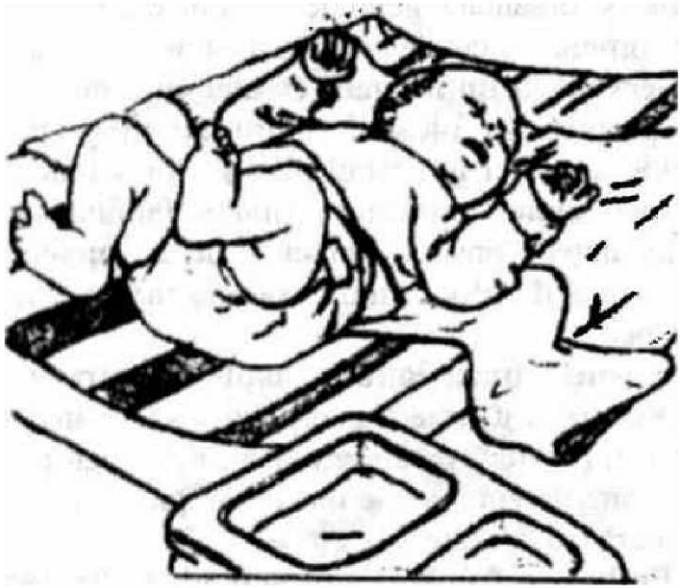


Fig. 2.25 – Pentru a îmbăia sugarul se vor pregăti toate obiectele.

Mai întâi se pune prosopul ceva mai sus sub

capul şi sub trunchiul sugarului.

Pe faţă şi corp nou-născutul este spălat numai cu apă; pentru fese se foloseşte şi săpunul sau loţiunea specială pentru sugari. Vasele se aşază în apropierea mesei de înfăşat pe care se află un prosop care să aibă un desen („semn”) în partea de sus, ce se foloseşte pentru faţă. Sugarul este întins cu faţa în sus.

Temperatura camerei în care este spălat nou născutul trebuie să fie înjur de 24°C. Lucrurile folosite se pun în altă parte, iar scutecele într-o găleată. Nu se aruncă pe podea!

Înainte de „spălarea” propri uzi să se curăţă popoul murdar de materii fecale cu un scutec sau cu o cârpă, ambele curate. Se începe cu ***ochii*** sugarului. Cu vată sau cu o compresă umedă se şterge fiecare ochi cu mişcări dinspre unghiul extern spre nasul sugarului. Se schimbă vata la fiecare ochi. Se şterge ***pavilionul şi înapoia urechilor*** cu vată hidrofilă. Nu încercaţi să curăţaţi interiorul urechilor. Urmează ***faţa;*** peste faţă treceţi cu un tampon de vată pentru a ridica saliva şi, eventual, resturile de lapte care, dacă se usucă, irită pielea, înlăturaţi scutecul şi

Fig. 2.26 – Cu mâna stângă mama ridică în sus picioarele sugarului, iar cu cealaltă îi şterge popoul cu scutecul murdar.

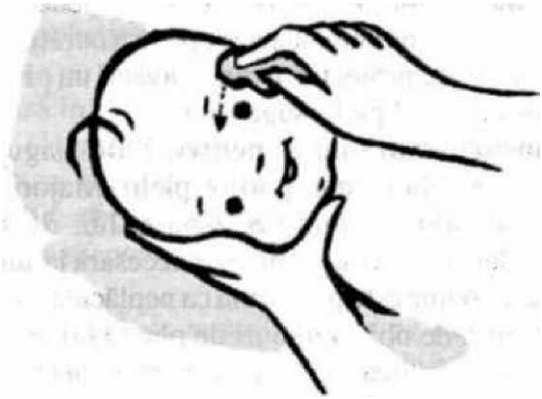


Fig. 2.27 – Se începe spălatul ochilor. Cu câte o compresă sterilă înmuiată în apă limpede (nu în infuzie de muşeţel care conţine impurităţ) se şterge fiecare ochi dinspre unghiul extern spre unghiul intern.

continuaţi cu gâtul, pieptul, braţele şi

mâinile. Unor sugari nu le plac aceste manevre, strâng pumnii, uneori plâng. Mâinile trebuie desfăcute, degetele întinse pentru a curăţi palmele, înainte de a spăla jumătatea inferioară a corpului, se va şterge (de fapt „se usucă” prin tamponar) pielea spălată.

Cu apa din al doilea lighean se spală ***membrele inferioare, picioarele şi spatele,*** sugarul fiind culcat pe o parte. La sfârşit se spală organele genitale şi şezutul. Urmează uscarea temeinică (ştergerea prin tamponare cu un prosop moale) a întregii pieli. Ulterior se ung cu ulei fiert sau cu cremă în special zonele cu cute ale pielii, înainte de a începe ungerea cu ulei puneţi un scutec pentru a nu murdări prosopul. Nu uitaţi să vă ştergeţi mâinile înainte de a atinge banda adezivă a „Pampers”-ului. Dacă încăperea este insuficient încălzită, după uscarea jumătăţii superioare a corpului sugarul va fi învelit repede cu un prosop şi, imediat după aceea, va fi înfăşat.

2.4.4. Baia generală zilnică

Prin spălarea zilnică a întregului corp se asigură pe lângă igiena pielii (înlăturarea murdăriei, prevenirea infecţiilor şi călirea generală), obişnuirea copilului cu un anumit program, iar mai târziu cu simţul ordinii, cu formarea deprinderii pentru curăţenie şi civilizaţie. Unii pediatri propun ca baia generală să se facă de 2 – 3 ori pe săptămână, motivând că spălarea zilnică ar duce la uscarea pielii (Statele Unite, Franţa).

Nu suntem de acord cu asemenea opinie. Baia generală rămâne unul din mijloacele de

igienă corporală, de călire, de educaţie şi de civilizaţie. Marele pediatru german Adalbert Czemy afirma că ***„fiinţa umană trebuie să facă baie zilnic din ziua când cade bontul ombilical şi până la 96 de ani*** Numai în condiţii necorespunzătoare (frig în casă, călătorii, anumite boli etc.) se poate face numai baie parţială, iar copilul mai mare va fi deprins să-şi spele zilnic faţa, gâtul, pieptul (până la „brâu”), mâinile şi picioarele. Pregătiri

Temperatura camerei. Este important ca sugarul să nu simtă frigul, camera în care se face baie trebuie să fie bine încălzită. Pentru nou-născut, temperatura convenabilă este în jur de 24°C; ulterior, la sugarul mai mare şi la copil, temperatura camerei poate să fie de 22°C. Este recomandat un termometru de cameră. Uşile şi ferestrele se închid, inclusiv vara, pentru a se evita curenţii de aer. ***Temperatura apei*** din baie se controlează cu un termometru de baie şi se situează la 36,5 – 37°C. Temperatura apei se poate aprecia introducând cotul în apă, dar nu cu mâna, care

i.

r

l.

este obişnuită cu temperaturi mai joase. Cu toate că la noi în ţară multe mame susţin că apa pentru îmbăiere trebuie să fie mai caldă (peste 37°C), unii copii preferă temperaturi mai joase. Aşa sar explica motivul pentru care copilul, la introducerea în apa de 37,5 – 38° îşi retrage

speriat picioarele. Pielea lui subţire percepe căldura mai intens. Apa prea fierbinte sau prea rece strică plăcerea copilului. Cada se umple numai până la jumătate. Unii copii se sperie când apa le ajunge până la gât. Când mama nu este prea îndemânatică, sugarul este spălat mai greu într-o cadă plină. Dacă nu puteţi amesteca apa cu ajutorul robinetelor (de apă rece şi de apă caldă) turnaţi în cadă mai întâi apă rece şi apoi apă caldă pentru a evita riscul opăririi. Cosmeticele sunt puse la îndemână pe masa de înfăşat, cu capacele deschise.

Scutecele, chiloţii absorbanţi (Pampers), body sau cămăşuţele, boneta, şosetele, se aşază ordonat pentru a fi folosite rapid. Prosopul va fi întins cu însemnul corespunzător la locul adecvat, ceva mai sus, sub capul şi trunchiul sugarului.

La sugarii hrăniţi artificial, biberonul va fi pregătit înaintea băii şi pus la încălzit. Atenţie la sugarii mai mari, mâncăcioşi, care când văd biberonul nu mai sunt dispuşi să facă baie şi tot „ceremonialul” îmbăierii se transformă în supliciu. Sugarul ţipă, mama transpiră şi ceilalţi membri ai familiei se enervează. La astfel de sugari şi de copii mici, baia se programează într-un moment al zilei când respectivul este mai puţin înfometat. Dacă nici aşa nu se rezolvă problema se va da copilului să mănânce înainte de baie, spălându-l însă cu mişcări blânde şi în mai puţină apă.

Protejaţievă împotriva stropirii cu apă printr-un şorţ impermeabil şi puneţi-vă pe un umăr un prosop de baie care vă va acoperi când copilul este scos din apă. Reduceţi la minimum intervalul

de timp cât copilul este ud. Cei mai mici resimt frigul foarte repede. Dacă este răcoare în cameră se începe cu îmbrăcarea cămăşuţei, respectiv cu

„Body”.

O măsură de mare prudenţă este de a nu lăsa copilul singur în cădiţă (pericol de înec) sau pe masa de înfăşat (pericol de cădere).

Orarul băii. Este bine ca baia de curăţenie să se facă la aceeaşi oră. Unele mame aleg pentru baie perioada dinaintea celui de-al doilea supt, respectiv între 9 şi 10 dimineaţa. Baia efectuată dimineaţa tulbură însă, la sugarul mai mare, scoaterea la plimbare. Credem că intervalul cel mai potrivit pentru baia zilnică ar fi seara înainte de ultima masă (18,30

– 20). Nu este recomandabilă o oră mai târzie deoarece se amână atât somnul sugarului cât şi al părinţilor. Baia de seară se preferă şi pentru a oferi posibilitatea ca mama să fie ajutată de tată. Stabilirea momentului îmbăierii sugarului trebuie să ţină seama de următoarele:

– Nu imediat după masă, pentru că poate vărsa;

– Să nu fie nici prea flămând, deoarece devine mai agitat prin manevrele de spălare şi înfăşat;

– Se alege un moment când este în stare de veghe sau se trezeşte uşor;

– În timpul verii, în zilele foarte călduroase, baia se poate face la prânz, având şi rol de răcorire.

Tehnica băii

La început se spală faţa, respectiv ochii, gura, nasul, urechile. Părul se spală la urmă (pag. 84).

Pentru faţă se foloseşte apă călduţă, dintr-un vas pregătit în acest scop, şi o mănuşă (alta decât pentru restul corpului) sau o bucată de pânză moale (de preferinţă o bucată de tifon steril) sau vată. Nu se foloseşte săpunul. Nici pentru faţă nu se recomandă folosirea buretelui.

Se începe cu ochii. Se foloseşte un tampon de vată sau o compresă sterilă, înmuiată în apă călduţă. Ochiul se şterge cu mişcări ce merg dinspre unghiul extern spre nas, faţa sugarului fiind întoarsă spre ochiul ce se spală. Se folosesc tampoane separate pentru fiecare ochi, pentru a evita trecerea unei eventuale infecţii de la un ochi la celălalt. Dacă există secreţii oculare purulente se fac spălături cu apă fiartă şi răcită sau cu ser fiziologic (nu cu muşeţel, care poate conţine impurităţi) înainte de baia generală, pentru a evita contaminarea pielii din jur (vezi fig. 2.27). Dacă unul din ochii sugarului lăcrimează tot timpul s-ar putea ca motivul să fie obstrucţia (imperforarea) canalului lacrimal.

Gura. Părerile sunt împărţite în ceea ce priveşte îngrijirile gurii. Este bine ca la fiecare toaletă să se cerceteze dacă pe mucoasa gurii există ***muguet*** (produs de o ciupercă – ***Candida albicans)*** manifestat prin depozite alburii. Nu suntem de acord cu medicii care preconizează spălarea sistematică a gurii cu comprese îmbibate în soluţie de bicarbonat de sodiu; astfel de spălături, efectuate de mâini neexperimentate, riscă să provoace eroziuni bucale, puncte de plecare pentru infecţii.

Nasul nu necesită o curăţire specială. Prin

strănut sugarul îndepărtează particulele de praf din nas. Numai în caz de secreţii (apoase sau vâscoase) sau de cruste, se pun picături de ser fiziologic în nas (înmoaie şi spală mucozităţile) şi, la nevoie se aspiră cu o pară de cauciuc mică.

Urechile. Partea externă a urechilor este curăţită cu o cârpă umedă, stoarsă şi răsucită (rulată). Nu folosiţi la curăţirea urechilor beţişoare cu vată deoarece la o mişcare bruscă a copilului se poate răni. Nu este bine să se umble la conductul auditiv extern; beţişoarele cu vată înfundă cerumenul în interiorul conductului auditiv. Spatele urechii este un loc foarte fragil unde umezeala şi sudoarea produc crăpături. Cutele trebuie să fie bine uscate. Ungerea cu vaselină simplă sau o pomadă cu cortizon şi stamicină (Nidoflor) sunt adesea utile. a

În niciun caz nu se vor folosi chibrituri, scobitori, ace de păr sau alte obiecte ascuţite înfăşurate în vată. Unii medici propun mamei tinere, fără experienţă, să săpunească trunchiul şi capul cu mâna sau cu o mănuşă moale în afara căzii, pe masa de înfăşat. Dacă mama este precaută şi ţine bine sugarul, săpunirea se poate face direct în apă.

În mod obişnuit săpunirea se face cu copilul băgat în apă. Luaţi sugarul din pat, dezbrăcaţil. Dacă este murdărit cu materii fecale, mai întâi îl ştergeţi cu vată înmuiată în ulei şi apoi cu colţul unui scutec (fig. 2.26). De amintit că atunci când este dezbrăcat, la excitaţia aerului sugarul urinează spontan. De aceea se va pune pentru câteva secunde un scutec mic între picioare

pentru a absorbi urina. Sugarul este apoi introdus în baie, cuprinzând cu mâna stângă subsuoara stângă a sugarului (patru degete ajung în subsuoară, iar degetul mare înconjoară umărul). Ceafa şi capul se sprijină pe antebraţ. Cu mâna dreaptă îi sprijiniţi funduleţul sau îi cuprindeţi cu policele (degetul mare) şi mediusul voastre picioarele fie în dreptul gleznelor, fie al gambelor. După ce introduceţi încet sugarul în apă lăsaţi libere picioarele, în timp ce sprijină în continuare capul şi trunchiul pe antebraţul stâng. Mâna dreaptă rămâne liberă pentru a spăla sugarul. Umerii trebuie să fie acoperiţi de apă ca să nu-i fie frig. Dacă s-a lucrat cu blândeţe şi îndemânare, în momentul în care este introdus în apă (cu temperatura corespunzătoare), sugarul se bucură şi începe să dea din picioare.

După ce picioarele şi trunchiul au ajuns în apă, mâna dreaptă a mamei este liberă pentru spălat. Săpunirea gâtului nu se face direct cu bucata de săpun, ci fie cu mâna neînvelită, fie cu o mănuşă, fie cu o bucată de pânză, care se îmbibă în prealabil cu spumă de săpun. Cu mişcări fine, circulare, se întinde un strat subţire de săpun pe tot corpul, de la cap până la picioare, organele genitale rămânând la urmă. Aveţi grijă să nu intre săpun în ochi sau apă în urechi. Se clătesc imediat regiunile săpunite, întoarceţi sugarul pe burtă, ţinându-l de subsuoară sau de braţ, pieptul şi bărbia lui sprijinin duse de cotul vostru. Aveţi grijă ca faţa să nu se scufunde în apă, în timp ce apucaţi cu mâna dreaptă subsuoara stângă a sugarului, mâna stângă va rămâne liberă pentru a

săpuni şi limpezi, pielea copilului. Copilul poate fi ţinut şi invers, adică apucând subsuoara stângă a sugarului cu mâna dreaptă. Acum apucaţi copilul cu amândouă mâinile, îl învârtiţi puţin prin apă şi apoi, cu acelaşi mod de apucare, îl ţineţi pe spate. Când se simte în această poziţie, sugarul începe să dea din picioare. Eventual, spatele sugarului se poate spăla ţinându-l şi pe o parte. Sugarii mai mari încep să se joace cu apa.

Fig. 2.28 – Sugarul se introduce în baie. Mama îl apucă cu mâna stângă de subsoara stângă sprijinindu-i pe antebraţ ceafa, iar cu mâna dreaptă îl ţine de glezne.

x V ÎI

Fig. ***2.29*** – Spălarea feţei anterioare a corpului.

Fig. ***2.30*** – Apoi fie se spală întorcându-l cu faţa în jos, fie pe o parte.

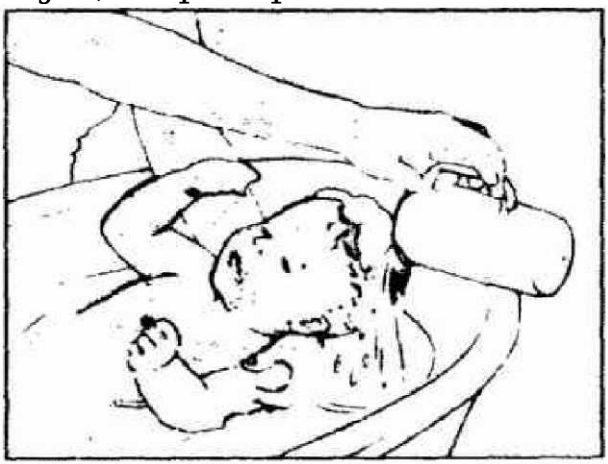


Fig. ***2.31*** – Şi părul necesită o îngrijire specială. Spălarea capului se face cel mai bine cu o cănuţă cu apă caldă. Dacă atât mama cât şi tatăl sunt sănătoşi şi nu suferă de vreo boală de piele (infecţii microbiene sau infestări cu ciuperci microscopice), după vârsta de un an copilul poate fi băgat în cadă împreună cu unul dintre părinţi. Unii copii sunt temători, dar cei mai mulţi, văzându-se alături de unul dintre părinţi, capătă curaj, se simt bine în apă şi fac baie cu voioşie. Nu trebuie însă forţată nota cu duşuri reci, cu tentative de a învăţa copilul să înoate sau de al

scufunda în apă. Unele avangardisme de a pune pe sugar să înoate sau de ai aplica cine ştie ce experiment pot duce la refuzul copilului de a mai face baie (ţipă, se zbate etc.).

Scoaterea copilului din apă nu este simplă, pentru că nu aveţi decât două mâini. Cu mâna stângă ţineţi braţul stâng al copilului. Luaţi prosopul şi băgaţi unul din colţuri sub bărbia dumneavoastră. Apoi prindeţi un colţ al prosopului între cotul şi şoldul stâng. Prindeţi copilul de subsuori, îl scoateţi din apă cu spatele către dumneavoastră şi-l înfăşuraţi în prosopul pregătit. Colţul prosopului de sub bărbia mamei acoperă capul copilului. Ajuns pe masa de înfăşat, copilul va fi „şters”.

prin tamponare (uscat) cu atenţie, insistând la nivelul cutelor (în jurul organelor genitale, subsuori, cutele gâtului, spaţiul popliteu – sub genunchi –, spaţiile dintre degetele mâinilor şi picioarelor). Întrucât nou-născuţii şi sugarii ţin membrele superioare şi inferioare îndoite (flectate puternic), aceste pliuri sunt greu de şters. Tentativele de extensie se fac lent până când membrele se destind.

Fig. ***2.32*** – „Ştergerea” sugarului după baie se face cu prosopul mare pluşat, pus la început sub capul şi trunchiul copilului. Nu se „şterge”, ci se zvântă prin tamponament.

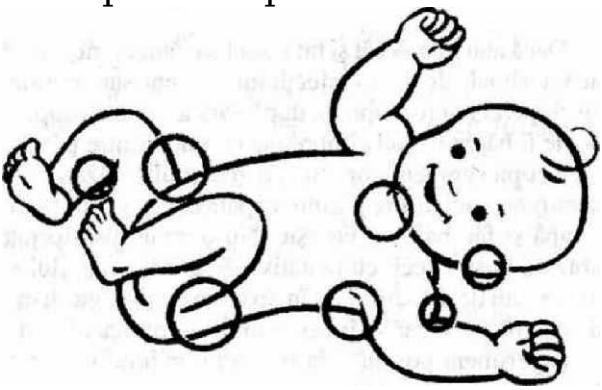


Fig. 2.33 – Cercurile indică zonele predispuse la formarea de intertrigo (leziuni roşii, zemuinde ale cutelor pielii). Dacă baia şi înfăşatul se fac în camere diferite, în timpul transferului, sugarul ud se înfăşoară într-un prosop gros (frotee) şi apoi, dacă este răcoare în cameră va fi îmbrăcat cu o cămăşuţă şi după aceea se face toaleta zonelor din jurul anusului şi organelor genitale.

Durata. Toată îmbăierea trebuie să se termine în 3 – 5 minute la nou-născut şi la sugarul mic. Mai târziu, după vârsta de 6 luni, când poate

sta pe şezut, copilul poate fi ţinut în apă circa 10 minute. El poate să se bălăcească, jocul cu apa constituind un prilej de mare bucurie. ***Ce înseamnă dacă sugarul plânge în?*** La început unii sugari nu primesc baia cu plăcere: plâng, se zbat, se contractă. La aceştia, durata îmbăierii se va scurta. Chiar dacă plânge, sugarul tot trebuie scăldat. S-ar putea ca sugarul să fi fost incomodat de vreo greşeală: stângăcia şi teama mamei începătoare; în grabă, nervozitatea sau disputele celor ce participă la baie; temperatura necorespunzătoare a apei. ***Cel care face baie sugarului trebuie să dovedească îndemânare, calm, sistematizare, blândeţe. Dacă totul decurge perfect, orice sugar agreează cu timpul baia.***

Îmbrăcatul.

După ce laţi înfăşat (fie după metoda clasică, fie cu mjloace modeme – Pampers), îl îmbrăcaţi cu „body” sau cu cămăşuţă şi jacheţică.

La sugarul bolnav la care nu este permis să se facă baie generală este necesar să se cureţe cu atenţie pielea capului, cu o compresă umedă, pentru a se îndepărta transpiraţia şi murdăria din păr; se va insista mai ales la şanţurile din spatele urechilor şi la cutele gâtului. La urmă se şterge excesul de umezeală (prin tamponare) şi se piaptănă sau se perie capul.

Când sugarul este îmbăiat şi cu toaleta feţei, ochilor, urechilor, nasului şi unghiilor făcută se trece la ultima etapă a igienei corporale zilnice: ***îngrijirea părului.*** Oricât de mic şi de râr este

părul sugarului, el se ***zilnic*** cu o perie de cap (cel mai bine cu o perie cu coadă, cu peri fini şi moi) care se poate spăla uşor. Periatul se face cu mişcări blânde în direcţia liniei (orientării) părului până când acesta devine neted şi lucios. Periajul favorizează vascularizaţia pielii. ***Unghiile.***

La nou-născutul trecut de termen unghiile depăşesc vârfurile degetelor. Dacă unghiile sunt prea mari, sugarul se poate zgâria, îndeosebi pe faţă. Unghiile nu trebuie să depăşească vârful degetelor de la mâini şi de la picioare. În unele sate există superstiţia că tăierea unghiilor ar dăuna sugarului.

Tăierea unghiilor constituie o operaţie delicată din cauza fineţii pielii şi a dimensiunilor mici ale unghiilor. Cu toate acestea, ***tăierea unghiilor se face în fiecare săptămână.*** Operaţia respectivă nu se face după baie când sugarul este agitat şi-şi mişcă mâinile şi picioarele, ci mai târziu, după masă sau chiar în somn, când este obosit şi destins. Se folosesc foarfecă cu vârful rotund, o pilă nemetalică sau altă forfecuţă din trusa de manichiură a mamei. Unghiile nu se taie prea scurt pentru a evita formarea de unghii încarnate" şi ciupirea pielii. ***Tăierea unghiilor se face rotund la mâini şi drept la picioare*** (pentru a evita încarnare). Capul se întoarce spre partea opusă mâinii la care se taie unghiile pentru ca fragmentele mici de unghii să nu sară în gură, ochii sau nasul sugarului. La sugarii nervoşi, care se zgârie pe faţă, se pot confecţiona nişte mănuşi fără degete

din pânză moale.

*

Organele genitale

La fetiţe, toaleta genitală va fi făcută cu grijă până la cele mai mici cute. Se foloseşte o compresă sau vată înmuiată fără săpun şi se spală cu mişcări dinainte înapoi pentru a nu aduce impurităţi anale spre vulvă.

Fig. 2.34 – Dacă este răcoare în cameră se îmbracă sugarul cu o cămăşuţă şi după aceea se face toaleta regiunii din jurul anusului şi organelor genitale.

La băieţi, organele genitale nu necesită îngrijiri speciale. Tentaţiile de decalotare sunt inutile (vezi fimoza la dezvoltarea fizică).

Îngrijirea şezutului este importantă, dar obiceiul de a proteja zona respectivă cu straturi groase de cremă este greşit, fiind mai mult chiar decât util. La următoarea schimbare a scutecelor, crema trebuie din nou îndepărtată, mama freacă şi irită pielea, în plus, crema în exces reduce

capacitatea de absorbţie a scutecului. Efectul scontat al scutecelor modeme de a menţine şezutul uscat se pierde; umezeala rămâne pe piele. De fapt, o piele robustă şi sănătoasă a şezutului nu necesită cremă, cel mult puţină pudră (talc) pentru a absorbi umezeală. Unii sugari au o piele sensibilă şi reacţionează rapid prin roşeaţă difuză, însoţită uneori de crăpături şi/sau secreţie zemuindă, în astfel de cazuri este bine să se aplice în strat subţire o cremă protectoare pe piele. Nu se împrăştie însă pudră pe deasupra; s-ar putea forma cocoloaşe care să irite pielea. Se recomandă să se facă băi de aer (se lasă sugarul cu fundul şi organele genitale descoperite de 2 – 3 ori pe zi) cu durata de 15 – 30 minute.

A

Înfăşatul

Prin înfăşat se înţelege curăţirea feselor şi înlocuirea scutecelor murdare cu altele curate şi uscate. Înfăşatul unui sugar nu este numai o problemă de igienă, ci şi un prilej de mângâiere, de cunoaştere şi de stimulare a dezvoltării sale fizice şi psihice. Scutecele se folosesc zi şi noapte, până ce copilul se deprinde cu curăţenia, în general în cursul celui de al treilea an de viaţă, în primele luni, mama are uneori impresia că nu poate să facă faţă „la toate”. Nu trebuie să dispere! Pe măsură ce copilul creşte, evacuarea intestinului şi vezicii se regularizează, intervalul dintre scaune şi micţiuni se prelungeşte şi, bineînţeles, numărul schimbării scutecelor va descreşte. Spre ***2Vi*** ani, marea majoritate a copiilor folosesc oliţa sau chiar WC-ul.

2.4.5. Scutecele în prezent se folosesc tot felul de scutece de toate mărimile, în funcţie de bugetul, tradiţia şi de modul de înfăşat, mama va opta între scutecele de folosinţă unică şi scutecele din ţesături, care se spală.

Scutecele de folosinţă unică se aruncă după fiecare utilizare. Chiar dacă sunt mai scumpe, aceste scutece aduc o mulţime de înlesniri pentru mamă, nefiind nevoie de înmuiat, spălat, uscat, călcat. De asemenea, scutecele de unică folosinţă se ajustează mult mai bine copilului pentru că ele nu cer nici îndoiri savante, nici ace de siguranţă, nici cine ştie ce îndemânare din partea mamei. Chiar dacă optaţi pentru scutece lavabile din ţesături este bine să vă asiguraţi şi de o provizie de scutece cu unică folosinţă. Ele constituie o rezervă absolut necesară. Există mai multe modele de scutece de unică folosinţă: cele prevăzute cu elastic la picioare, împotriva scurgerilor, scutece superabsorbante şi care lasă pielea să respire, în acelaşi timp, scutece prevăzute cu balsam pentru îngrijirea pielii copilului sau scutece de prindere cu „arici” care pot fi închise şi deschise de mai multe ori.

Scutecele „clasice” din ţesături în mediul rural, prin tradiţie şi posibilităţi se folosesc scutece „clasice”, din ţesături din bumbac sau din finet. Ele sunt de forme şi dimensiuni variate. Necesită multe eforturi pentru a le întreţine: colectat în găleţi, clătit, săpunire sau înmuiere în detergenţi, spălare în mai multe ape, uscare, călcat. Trebuind să fie spălate după fiecare

folosire este necesar un număr mare de scutece. Alegeţi pe cele de bună calitate deoarece sunt mai rezistente. ***Scutecele pătrate din ţesutbureţ*** (8 – 12 bucăţi) sunt groase şi absorbante. Se pot îndoi („chiti”) în diferite moduri şi dimensiuni după talia copilului. Alegeţi pe cele tivite pentru că nu se destramă. Pentru nou-născut sunt prea voluminoase.

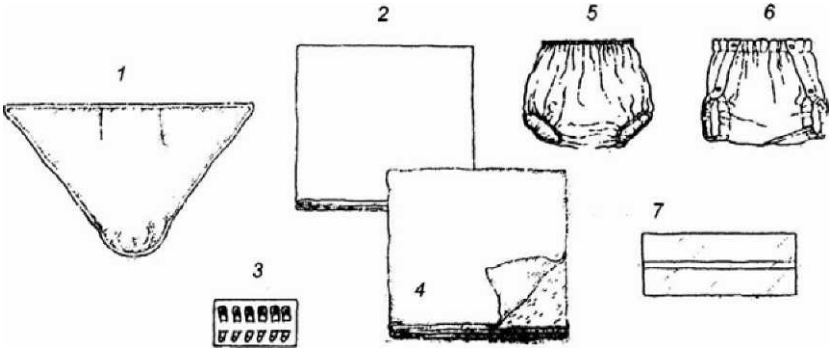


Fig. 2.35 – Necesar minim de scutece: 1. Scutec triunghiular; 2. Scutec din finet (muselină); 3. Ace de siguranţă; 4. Scutece pătrate din ţesutbureţ; 5. Chilot impermeabil; 6. Chilot dublat; 7. Scutec de protecţie sau „batiste” din celuloză. ***Scutecele triunghiulare*** (18 – 24 bucăţi). Granularea ţesăturiiburete a acestor scutece este deosebit de fină şi de moale, întărite la mijloc (trei straturi) au o bună putere absorbantă. Se plasează sub fundul şi între coapsele sugarului.

Scutecele „mari” din bumbac sau finet (18 – 24 bucăţi) au dimensiuni de 60/60 cm sau 80/80 cm. Sunt uşoare, moi şi tolerate bine de pielea delicată a sugarilor. Sunt utile chiar şi în condiţiile folosirii de scutece de unică folosinţă, la învelirea sau acoperirea sugarului.

Scutecele de protecţie sau batiste din

celuloză se pun pe scutecul care este în contact cu pielea sugarului. Cele mai bune sunt din voal, care filtrează urina şi rămân uscate pe piele, ceea ce micşorează riscul de a se dezvolta roşeaţa (dermatita de scutece) datorată umidităţii şi frecăturilor. Ele împiedică, de asemenea, materiile fecale să se răspândească şi să murdărească scutecul, în momentul schimbării, scutecul de protecţie se aruncă.

Chiloţii impermeabili (6 perechi), de forme diferite, se poartă pe deasupra scutecelor ţesute pentru a împiedica pătarea îmbrăcămintei şi a rufăriei de pat. Scutece absorbante de unică folosinţă

Istoria scutecelor de unică folosinţă. Primul scutec de unică folosinţă a fost inventat de către Vie Mills de la marea companie Procter & Gamble, înfiinţată în 1837 în Cincinnati. Acest scutec a primit numele de

Pampers, în limba engleză „to pamper" însemnând a alinta, a mângâia, a răsfăţa. Deşi testele de piaţă au început încă din 1957, succesul a venit abia în 1961 când ***Pampers*** a fost introdus pentru prima oară în Statele Unite ale Americii devenind primul scutec de unică folosinţă răspândit pe scară largă. Era vorba de un scutec de hârtie care conţinea în principal celuloză ca material absorbant. Proprietăţile absorbante erau similare cu cele ale scutecelor de pânză, avantajul cel mai important constituindu-l confortul atât pentru sugar cât şi pentru mame, în anii '80 se vindea deja în 75 de ţări, iar începând din anul

1995 a început să se folosească şi în ţara noastră.

Între timp şi alte companii au început să producă cu succes scutece de unică folosinţă. Pentru a veni în întâmpinarea consumatorilor, noi îmbunătăţiri au fost aduse scutecelor de unică folosinţă. Un progres uriaş l-a constituit introducerea în anii ’80 a polimerilor superabsorbanţi în amestec cu celuloza care aveau capacitatea de a absorbi mult mai mult lichid decât aceeaşi cantitate de celuloză şi puteau reţine lichidul chiar şi sub presiune. Primele scutece care au introdus un astfel de polimer au fost.

Aceste scutece nu permiteau scurgerile şi păstrau pielea sugarului mai uscată decât scutecele simple cu celuloză sau cele de pânză, deoarece urina era reţinută în interiorul scutecului chiar şi atunci când sugarul stătea în şezut. De asemenea, Procter & Gamble a patentat o celuloză tratată special, ce a crescut semnificativ viteza de absorbţie a urinei în cazul scutecelor Pampers.

Ultima inovaţie majoră în materie de scutece de unică folosinţă o reprezintă introducerea scutecelor ***Extra Dry,*** care lasă pielea să respire. Acest nou tip de scutec de unică folosinţă a fost lansat pe piaţa românească în 2001. Stratul exterior al scutecelor Pampers are milioane de micropori, care lasă aerul să circule, astfel încât pielea copilului este în permanenţă aerisită. Scutecele Extra Dry sunt, de asemenea, prevăzute şi cu benzi cu balsam (pe bază de petrolatum şi Aloe Vera). Datorită mişcării şi căldurii corpului,

balsamul este transferat pe pielea copilului sub forma unui strat protector uniform, formând o barieră împotriva umezelii. Balsamul este nonocluziv (nu împiedică pielea „să respire”). Cu noul Pampers sau constatat reduceri semnificative ale iritaţii lor şi eritemelor pielii la nivelul feselor şi al organelor genitale. De asemenea, să observat o îmbunătăţire semnificativă a catifelării pielii prin reducerea considerabilă a asperităţii.

De-a lungul timpului scutecele de unică folosinţă au devenit tot mai subţiri, mai uşoare şi mai eficiente. Un scutec cântăreşte astăzi aproximativ

50 g, iar polimerul superabsorbant poate reţine o cantitate de lichid de câteva ori mai mare decât propria-i masă. Schimbarea la timp a scutecului şi îngrijirea pielii vor duce la reducerea riscului apariţiei der matiţei de scutec. Astăzi folosirea scutecelor cu material superabsorbant este considerată cea mai eficientă modalitate de prevenire a dermatitei de scutec.

Scutecele ***Pampers EXTRA-DRY*** deţin o serie de caracteristici unice (fig. 2.36).

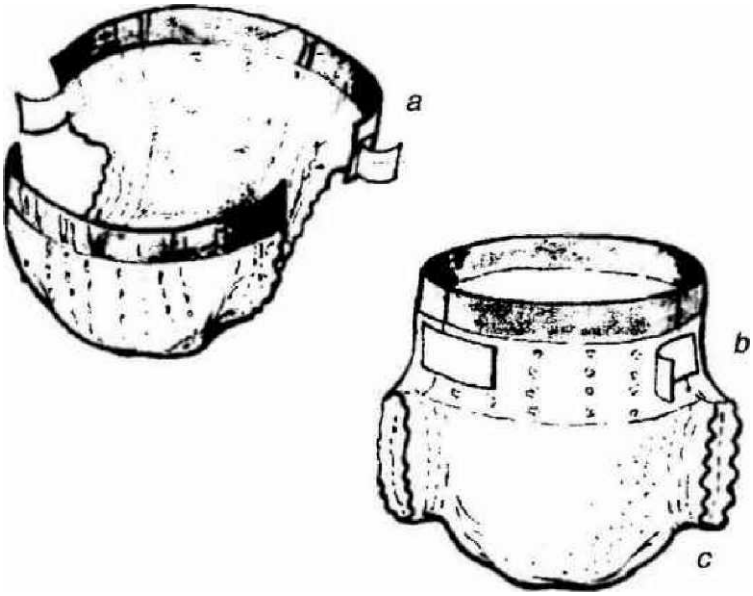


Fig. 2.36 – ***a*** – banda moale pentru talie: ***b*** – banda adezivă de închidere; ***e*** pliurile din jurul picioarelor; 6 – straturi interioare.

Pampers, cu o putere mare de absorbţie, protejează pielea sugarului împotriva umezelii reţinând o cantitate de 16 ori mai mare decât greutatea scutecului.

Stratul superior are suprafaţa extrem de fină. El îndepărtează de pe pielea sugarului urina care este absorbită în stratul imediat următor.

Scutecul ***Pampers99*** posedă astfel un sistem de absorbţie şi retenţie format din două straturi.

Stratul de absorbţie care posedă o structură specială permiţând absorbţia urinei pe toată suprafaţa scutecului şi transmiterea stratului de retenţie. Acest compus dintr-un amestec superabsorbant (poliacrilat reticulat netoxic care absoarbe urina şi o aduce la o valoare aproape neutră a pH-ului) şi celuloză.

Stratul exterior constă dintr-un material polietilenic moale, impermeabil, rezistent la apă, păstrând urina în interiorul scutecului (fig. 2.37).

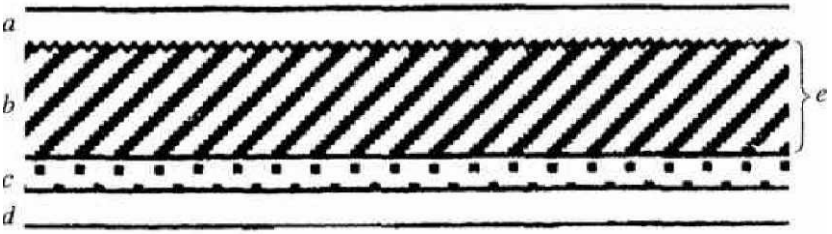


Fig. 2.37 – ***a*** – stratul superior; ***b*** – strat de absorbţie; ***e*** – strat de retenţie; ***d*** – strat exterior; – sistem dublu. Datorită caracteristicilor amintite mai sus şi schiţate în figurile 2.36 şi 2.37, scutecele de unică folosinţă tip ***„Pampers”*** îndeplinesc unele deziderate ca: ***a)*** previn unele din bolile pielii din zonele organelor genitale şi feselor în primul rând a „der matiţei” de scutece; ***b)*** reduc frecvenţa infecţiilor căilor urinare (mai ales la fetiţe); c) previn şi corectează formele uşoare de displazie congenitală de şold; ***d)*** se găsesc în mărimi diferite care se ajustează perfect corpului sugarului; economisesc timpul mamelor alocat schimbării şi înfăşatului sugarului şi copilului mic. Ca dezavantaje putem aminti: costul de cumpărare mai ridicat comparativ cu scutecele de pânză. Scutecele de unică folosinţă ***EXTRA-DRY*** sunt accesibile în mărimi care variază în funcţie de greutatea sugarului şi copilului mic:

Mini – pentru greutate de 3 – 6 kg; Midi – pentru greutate de 4 – 9 kg; Maxi – pentru greutate de 7 – 18 kg; Maxi Plus – pentru greutate 9 – 20 kg;

Junior – pentru greutate de 12 – 25 kg.

Pe ambalaj este imprimat modul de folosire şi în limba română.

2.4.6. Alte obiecte din trusoul sugarului

Pe lângă scutecele amintite mai sus sugerăm ca trusoul copilului să fie completat cu:

6 cămăşuţe cu mâneci din material moale şi subţire (indian, finet, pânză albă din bumbac). Se preferă cele din bumbac. Pentru sugarul mare şi copilul mic se aleg materiale colorate.

Cămăşuţele cu mâneci scurte, tricourile şi bluzele cu mâneci scurte se folosesc vara. Sunt necesare

4 – 6 bucăţi.

Pieptăraşele (în număr egal cu cămăşuţele). Cămăşuţele se încheie în faţă sau pe unul din umeri, iar pieptăraşele în spate, în aşa fel ca pieptul şi spatele să fie acoperite. Bodys (din limba engleză „corp”) constă dintr-o combinaţie de cămaşă (de cele mai multe ori cu mânecă scurtă) cu chiloţi scurţi, care se încheie fie între coapse (sugarul mic), fie în faţă (copilul mai mare) cu capse sau cu nasturi îmbrăcaţi în pânză. Sunt foarte practici. În timpul verii, sugarul poate fi „îmbrăcat” numai cu „Pampers” şi cu bodys fără mâneci sau cel mult cu mâneci scurte. Sunt necesare şase bucăţi.

Trei perechi de salopetăpantaloni („Ştrampi” de la Strampelhosen). Trebuie să se potrivească la forma şi dimensiunile corpului. Dacă sunt prea mari nu ţin de cald, iar în cazul că sunt mici stânjenesc libertatea de mişcare şi confortul sugarului.

Când sunt confecţionate din material frotir

(ca prosopul pluşat) sunt prea călduroase, în anotimpurile calde se folosesc numai salopete din ţesături cu bumbac mercerizat (mai subţire) sau pantalonaşi scurţi.

Ace de siguranţă. Aceste ace se folosesc la scutecele din ţesături. Au un dispozitiv care împiedică orice deschidere accidentală. Se procură o duzină.

Chiloţii intermediari, frotir, au forme diferite. Se pun pe deasupra scutecelor din ţesături pentru a împiedica murdărirea îmbrăcămintei şi a lenjeriei.

Practice în lunile de iarnă sunt: un sac sau un costumaş pentru cărucior sau o salopetă. La cei mai mari se poate folosi o canadiană îmblănită şi cu glugă.

O bonetă din bumbac sau diftină. Boneta din garnitura pentru plimbare nu trebuie să fie nici prea mare şi nici groasă. În timpul iernii, pentru al apăra de aerul rece, se adaugă încă o bonetă de bumbac sau o căciuliţă de lână, în zilele călduroase de vară copilul nu va purta bonetă, ci o pălăriuţă de soare, în casă nu este necesară boneta.

O pereche de mănuşi fără deget sunt necesare numai toamna şi iama.

Botoşei.

2.4.7. Schimbatul scutecelor

Emisia materiilor fecale (scaunelor) trebuie urmărită cu atenţie de către părinţi. Digestia bună este însoţită de emisia de scaune omogene, regulate, constituind unul din criteriile de bază în urmărirea stării de sănătate a sugarului. Scaunele

sugarului alimentat la sân se deosebesc de cele ale celui alimentat cu biberonul. La sugarul alimentat natural mama nu trebuie să-şi facă probleme în ceea ce priveşte numărul, consistenţa şi chiar culoarea scaunelor, în mod obişnuit, în primele săptămâni şi chiar luni de viaţă, la fiecare schimbare, mama găseşte pe scutece o pastă galbenaurie sau verzuie, cu miros acrişor, cu consistenţă foarte variată de la grunjoasă până la o pastă consistentă, compactă. Pe de altă parte, nu rareori se întâmplă ca un sugar să nu aibă în decursul unei întregi zile niciun scaun, înseamnă că laptele de mamă este digerat şi folosit la maximum, fără reziduuri.

Sugarul hrănit cu biberonul („artificial”) „murdăreşte” scutecul de 2 – 3 ori pe zi; scaunele sunt mai închise la culoare, galbenfumuriu până la clar cenuşiu, ca o pastă, bine formate. Aspectul şi culoarea sunt în funcţie de felul alimentaţiei. Sugarii care sunt hrăniţi cu preparate adaptate (cele europene au prefixul preţ, Morinaga (Japonia), Similac (SUA) etc, au materii fecale asemănătoare cu cele emise de sugarii alimentaţi la sân, în momentul în care se introduc şi alte alimente pe lângă lapte, scaunele se colorează în funcţie de fructele sau zarzavaturile introduse (morcovi – în cărămiziu, spanac – în verde închis, banane – mai închis etc.).

Când şi cum se schimbă scutecele? Sugarul va fi schimbat la fiecare masă, de cinci până la şase ori pe zi, la intervale de 3 – 4 ore. La fiecare alăptare mama va controla dacă scutecele sunt murdare sau umede, în caz că este „curat”,

cu scutece curate şi uscate, iar pielea nu este iritată, nu se schimbă scutecele. De aceea, numărul schimbărilor variază după sugari şi nu este acelaşi în fiecare zi, în orice caz, scutecele trebuie schimbate în fiecare zi, de cel puţin trei ori: când sugarul se trezeşte dimineaţa, după baie şi când este pus în pat. Dacă este ud sau murdar, însă, va fi schimbat des. Este cea mai bună măsură de a preveni opăreala. La sugarii înfăşaţi cu scutece „superabsorbante” (Pampers), schimbarea se poate face mai rar, nu după fiecare micţiune. La sugarii care regurgitează, se mişcă sau adorm după supt, se preferă schimbarea înainte de a fi alimentaţi. Uneori sugarul înfăşat plânge, se zbate şi schimbarea scutecelor devine dificilă. La această categorie şi la cei care au scaun în timpul alăptării, schimbarea scutecelor se face după masă, în general, înfăşatul postprandial (după supt) nu provoacă vărsături dacă sugarul nu este brutalizat. Sugarul trebuie înfăşat în stare de veghe.

Intre mese şi în timpul nopţii sugarul trebuie ţinut în scutece curate, mai ales când are o piele sensibilă (blonzii mai ales), dacă are o rană în zona şezutului şi/sau organelor genitale şi dacă se simte un miros suspect.

La schimbarea scutecelor, controlaţi dacă pielea are nevoie de o curăţire şi de îngrijiri speciale. Dacă scutecele sunt numai umede şi pielea copilului este sănătoasă, roză, îl lăsaţi câteva minute gol, la aer, pentru ca umezeala să se usuce, înainte de al înfăşa cu scutece curate puteţi săi pudraţi popoul. Dacă sugarul este

predispus la răni (roşeaţă, crăpături etc.), spălaţil cu apă călduţă, deoarece la sugarii sensibili, urina poate să irite pielea.

Dacă fundul este deja roşu, aplicaţi în strat subţire o cremă calmantă. La schimbarea ulterioară curăţaţi fundul sugarului cu o vată înmuiată în ulei obişnuit (de floarea-soarelui) sau cu un şerveţel de celuloză de resturile de cremă şi lăsaţi sugarul să dea din picioare) („să pedaleze”) o perioadă mai lungă fără scutece sau chiloţi („băi de aer”). Nu mai trebuie să daţi din nou cu ulei şi nici să aplicaţi la sfârşit o cremă.

Dacă sugarul să murdărit rău cu materii fecale, spălaţi zona respectivă cu apă şi săpun şi nu cu ulei, îndepărtaţi la început murdăria cu un colţ de scutec sau cu un şerveţel de celuloză, apoi puneţi fundul copilului într-un vas cu apă călduţă şi spălaţil cu mâna sau cu o cârpă de spălat curată. ***Înfăşatul corect,*** în prezent se folosesc, spre deoseboire de trecut, metodele care asigură o poziţie naturală şi o mişcare liberă a picioarelor, în timpul înfăşatului mama poate descoperi unele anomalii ale şoldurilor. Un scutec bun trebuie să aibă putere de absorbţie a umezelii şi să asigure o aerisire a pielii. Căldura şi umezeala favorizează dezvoltarea microbilor, care duc la răni ale pielii.

Astăzi aveţi posibilitatea de a alege orice fel de scutece pentru oricare metodă de înfăşat. Mama va folosi metoda care i se pare mai uşoară. Pe parcurs se va putea schimba metoda de înfăşat pentru a rezolva situaţile ce apar (roşeaţă, crăpături, nevoia de mişcare etc.). Alăturat sunt schiţate două metode de înfăşat.

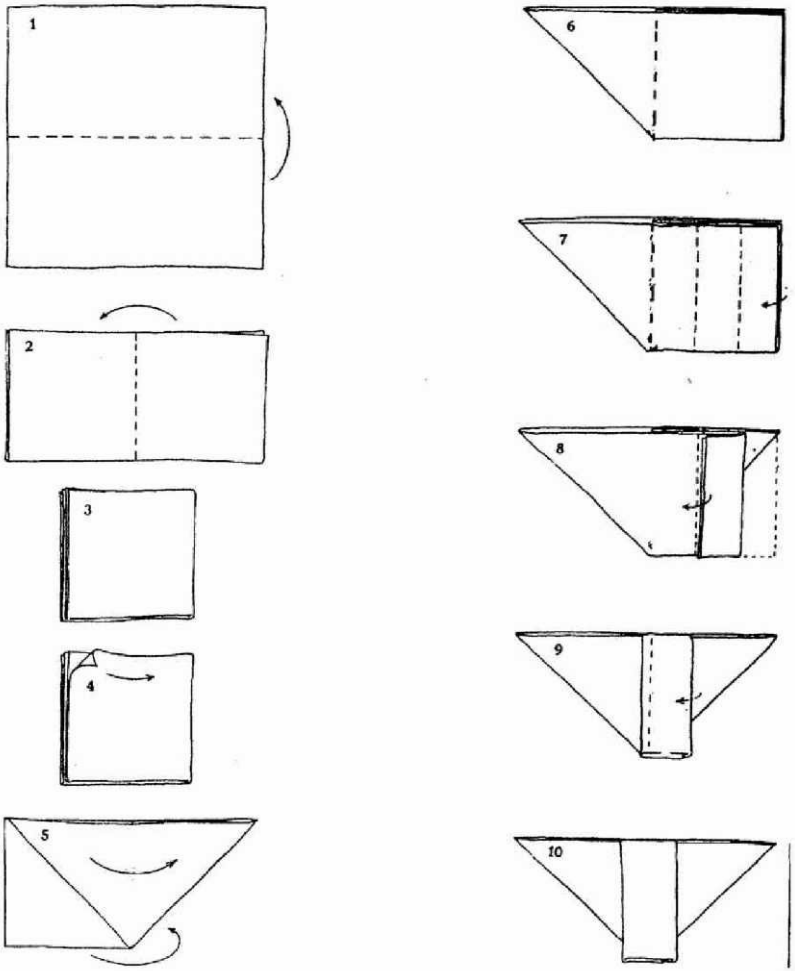


Fig. 2.3S – îndoirea (plierea) scutecului cu „triplă grosime”. ***1*** – îndoiţi scutecul pătrat în două aducând jumătatea de jos peste cea de sus; 2 – Dreptunghiul cu 2 foi se îndoaie spre stânga; 3Rezultă un pătrat cu 4 straturi; ***4*** – Marginile libere ale acestui pătrat sunt la stânga; ***5*** – Trageţi colţul de sus din stânga al primei foi şi o duceţi la dreapta; ***6*** – Rezultă un scutec cu 4 foi în dreapta – sus şi 2 foi la stânga cu colţul în triunghiuri; 7 –

De la dreapta spre centru suprapuneţi două foi pe jumătatea bazei; – Redublaţi acest plan; 9 – Adăugaţi un scutec de protecţie şi pregătiţi un ac de siguranţă; IOR rezultă un triunghi cu vârful în jos şi cu o întăritură la mijloc. Se fixează cu ace de siguranţă.

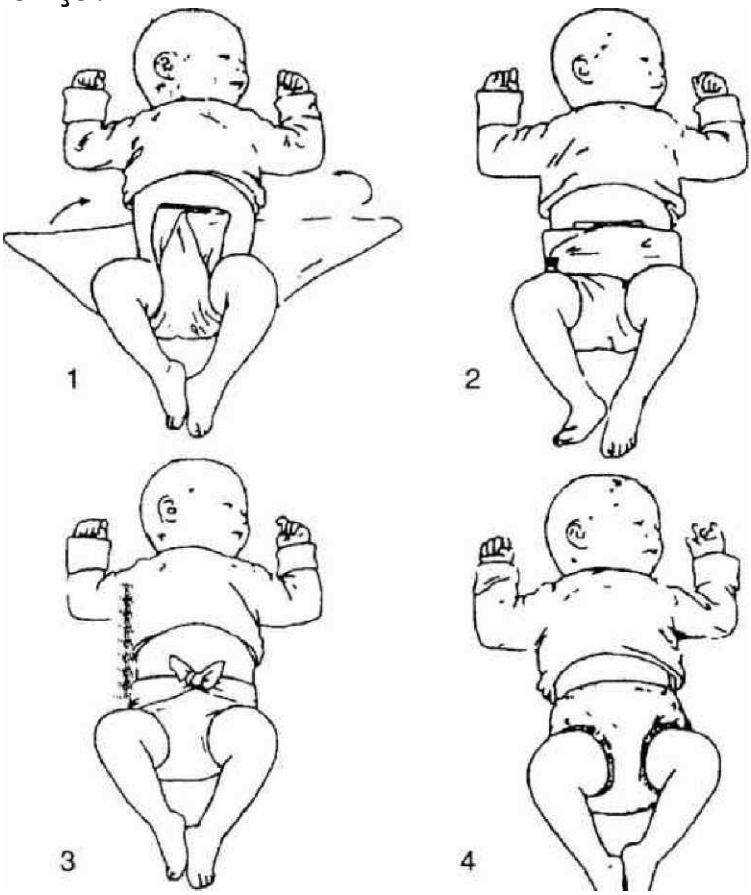


Fig. 2.39 – înfăşatul cu scutece ţesute. 7 – Strecuraţi încet marginea de sus a scutecului triunghiular îndoit (fig.2.38) până la centura sugarului. Urcaţi colţul de jos printre coapsele copilului lui, pe burtă şi în timp cel fixaţi cu mâna îndoiţi părţile laterale una peste alta; 2 – Colţurile

de sus ale scutecului se vor fixa cu o bandă de lipit, fie cu un ac de siguranţă special (la copilul mai mare cu 2 ac). Dacă se fixează cu ace puneţi degetele voastre între scutec şi piele; ***3***Pentru apărarea împotriva umezirii se pune o folie subţire din plastic care se fixează cu o fundă; – în locul foliei din plastic se pot folosi chiloţi impermeabili.

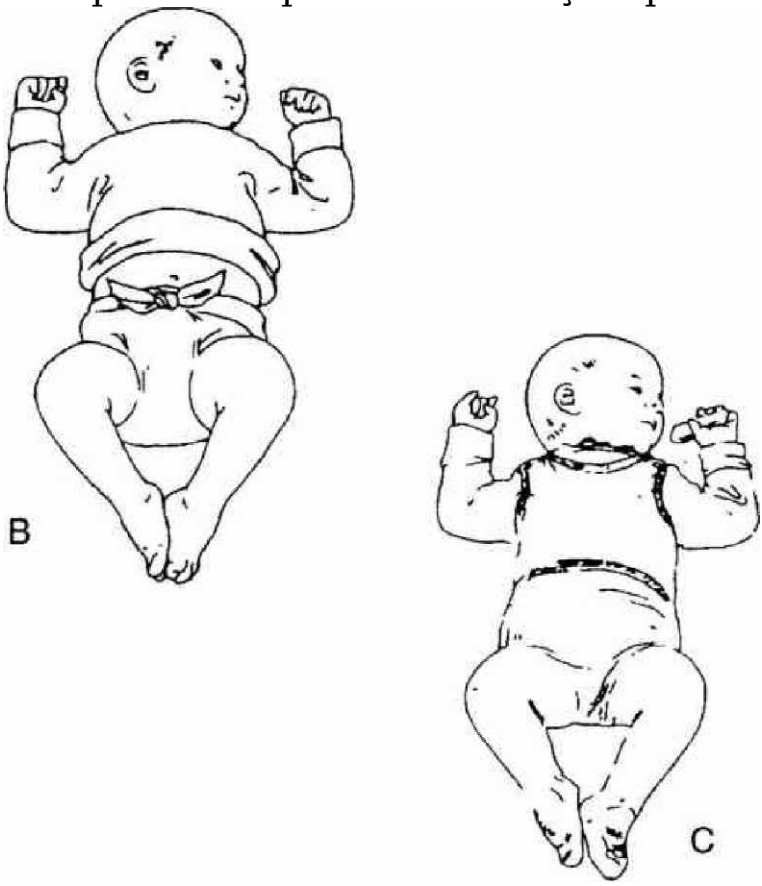


Fig. ***2.40*** – înfăşatul nou-născutului (n.n.). La n.n. partea de sus a scutecului se va fixa înapoi, sub spate; – Marginile de sus ale foliei se trag în faţă peste burtă şi se face funda; C – Cu o salopetă pe deasupra este bine îmbrăcat.

Fig. 2.40

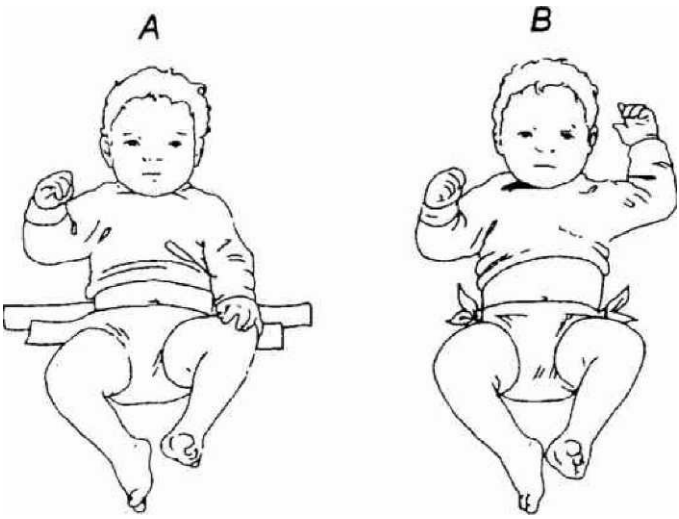


Fig. 2.41 – înfăşatul sugarului mare. A. Folia se trage mai sus până deasupra buricului; B. Colţurile foliei se fixează lateral, legate cu câte o fundă, în loc de folie se poate folosi, cu mai mult

folos, chilotul absorbant (Pampers) sau un scutecpantalon cu material absorbant (celuloză etc.) la mijloc, iar în loc de cămaşă va fi îmbrăcat cu „body” (combinaţie de cămăşuţa şi chiloţi, încheiată cu capse).

2.4.8. Pentru îmbrăcat

Foarte influenţată de modă, îmbrăcămintea are ca scop esenţial să evite răcirea. Trebuie să fie practică, potrivită cu condiţiile climaterice şi să asigure mişcarea liberă a articulaţiilor. Obiectele de îmbrăcăminte pentru sugar şi copilul mic trebuie să fie uşor de îmbrăcat şi dezbrăcat. Necazurile mamei vor fi evitate dacă se folosesc obiectele cu spatele mai lat şi cu mâneci largi, în alegerea lucrurilor de îmbrăcăminte se vor respecta câteva reguli: – Nu se folosesc cămăşuţele şi pieptăraşele al căror gât este împodobit cu panglici sau şnururi, care pot strangula copilul;

– Se evită lâna cu fire lungi de angora deoarece copilul poate inhala părul;

– Îmbrăcămintea din lână pură este iritantă pentru pielea copilului;

– Se va verifica dacă obiectele de îmbrăcăminte nu sunt inflamabile;

– Se vor folosi ***ţesături de origine vegetală*** (bumbac, în), ***animală*** (lână), ***artificială*** (fibre de lemn – celuloză, mătase artificială, fibre artificiale), ***sintetice*** (tergal, crylor, nylon etc.). Textilele sintetice sunt practice, se spală fără a se fierbe şi nu se calcă. Din păcate, adesea ele sunt prost tolerate de pielea fragilă a sugarilor.

Cămăşuţele, pieptăraşele, bonetele,

pantalonii şi batistele se confecţionează din ţesături de bumbac. Este important să se consulte eticheta care precizează condiţiile de spălare şi de întreţinere.

Se evită îmbrăcămintea care se bagă pe cap pentru că nu este practică. Cămăşuţele cu mânecă se bagă unele în altele, apoi se bagă trei degete în mâneca dreaptă şi se apucă cu ele mâna copilului. Se procedează în acelaşi fel cu mâneca stângă. În acest mod se evită să se răsucească degetele sugarului.

Reamintim că temperatura şi climatul influenţează modul de îmbrăcat al copilului:

– Pe timp cald, sugarul va fi îmbrăcat cu „body”.

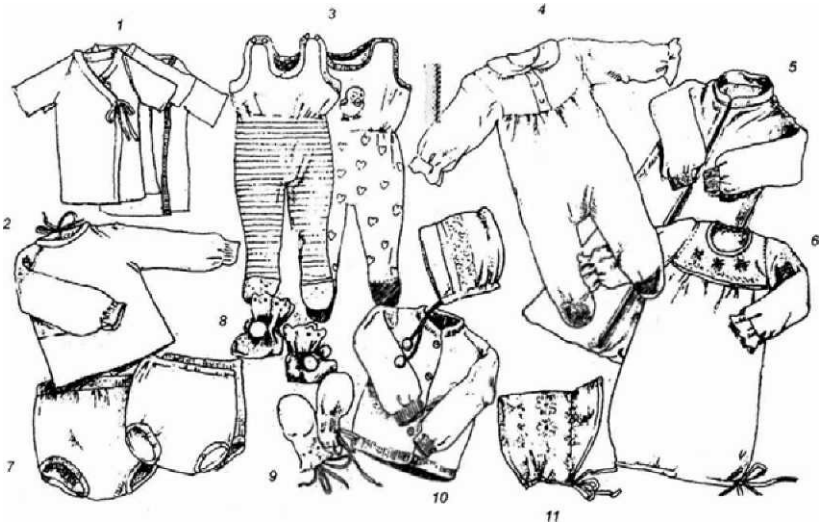


Fig. ***2.42*** – Obiecte pentru îmbrăcat. ***1*** – Cămăşuţe; 2 – Jacheta; – Salopetapantalon; – Costumaş; ***5*** – Sac de dormit; blămaşă de noapte cu cordeluşe; 7 – Chiloţi sau pantalonaşi din frotir; – Botoşei de lână; 9 – Mănuşi fără deget; IOG

arnitură pentru plimbare cu căciuliţă; – Căciuliţă (bonetă) de bumbac.

sau cu o cămaşă de bumbac cu mânecă scurtă şi cu un chilot de bumbac absorbant (Pampers);

– ***Pe timp rece*** va fi îmbrăcat cu „body” sau cu o cămaşă de bumbac fin încheiată la spate, peste care se pune o jachetă (cămăşuţă cu sau fără mânecă) din finet, un scutecehilot (de preferat Pampers), un chilot lung cu picior (ciorappantalon) din lână sau cu salopetă;

– ***Pe timp intermediar*** se suprimă jacheta din finet. Ciorapulpantalon din lână va fi înlocuit cu o îmbrăcăminte identică dintr-un amestec de lână cu bumbac sau din doc subţire.

2.4.9. Pentru dormit

Somiera trebuie să fie perfect orizontală şi solid construită. Salteaua trebuie să fie relativ solidă, dar nu prea tare pentru a asigura o creştere şi o formă normală a coloanei vertebrale a copilului. Trebuie să fie perfect orizontală şi să se adapteze perfect la contururile patului pentru a se evita crearea unui interstiţiu periculos. Poate fi umplută cu Seegras (iarbă de mare), fire de cocos, păr de animale. Saltelele din nylon prezintă avantajul de a putea fi spălate cu o soluţie dezinfectantă. Saltelele învelite în întregime cu plastic măresc transpiraţia copilului şi predispun la alergii ale pielii. Cearşafurile pentru patul copilului se confecţionează din bumbac, frotir sau jerseu. Sunt practice cearşafuri leplic, care nu fac cute şi nu se cocoloşesc; acestea se folosesc mai

ales după ce copilul se deplasează de-a buşilea sau în patru labe, ***început este nevoie de trei bucăţi,*** de mărimea saltelei. Peste cearşai se pune un material impermeabil. Sunt recomandabile ţesăturile din molton de diferite măsuri. Sunt necesare două pături, una pentru coşuleţ sau pat şi una pentru cărucior.

Perna nu este indicată la sugar şi copilul mic. Pentru copilul care se naşte în timpul verii se foloseşte o pătură din bumbac sau din lână subţire. La început sunt suficiente trei bucăţi. O plăpumioară – se alege cu multă grijă, din material moale şi uşor, tot lavabil, de mărime potrivită (80 x 80 cm la începu), de culoare albă, cu imprimeuri viu colorate şi, dacă este posibil, să fie prevăzută cu şireturi sau panglicuţe cu care se fixează la marginea patului.

Doi saci de dormit pentru noapte. Copilul are nevoie de mişcare: dă din picioare, se întoarce, îşi schimbă poziţia, iar cu vârsta începe să se deplaseze prin tot patul. Sacul germite libertatea mişcărilor şi acoperirea corpului, în funcţie de temperatura din cameră se pot confecţiona din finet, bumbac tricotat, molton sau prosopfrotir. Pentru vară se folosesc numai saci confecţionaţi din materiale subţiri. Se va acorda o atenţie deosebită în ce priveşte dimensiunile care să nu fie nici prea strâmte, dar nici prea mari. Sacul de dormit matlasat este indicat când copilul doarme afară sau este plimbat în anotimpul friguros. Se foloseşte la sugarul mare şi copilul mic, care se mişcă mai mult. Repetăm, se foloseşte numai când copilul este expus frigului (camere răcoroase,

anotimp rece). Atenţie la folosirea aşa-ziselor „pături de siguranţă” sau de dormit care se leagă de marginile patului. Sugarul şi copilul mic se mişcă fără să aibă o perfecţionare a motricităţii. Copilul mic mai ales trebuie să fie îmbrăcat corect. Trebuie să i se asigure libertatea de mişcare şi să nu fie forţat să stea întins în pat. S-a întâmplat ca folosirea incorectă şi nesupravegheată a copilului introdus în sacul de dormit să-i permită să se încurce în şnururi sau panglici şi să se sufoce.

În primele luni de viaţă sugarul poartă aceeaşi îmbrăcăminte atât ziua cât şi noaptea.

2.4.10. Întreţinerea scutecelor

9

Scutecele trebuie spălate foarte bine pentru a elimina orice urmă de amoniac şi a distruge microbii din scaune, surse de iritaţii şi de infecţii ale pielii, în prezent se vând produse bactericide care uşurează mult munca mamei. Mai întâi scutecele se clătesc într-o baie sterilizantă pe o durată de timp precizată în modul de întrebuinţare. Scutecele îmbibate cu urină se clătesc cu apă rece, se zvântă şi apoi se scufundă într-unul din recipiente. Scutecele murdare se curăţă de materii fecale, care se aruncă, se clătesc şi se scufundă într-un alt lighean (altul decât pentru scutecele cu urină) sau în maşina de spălat de unde se scot după ce se scurg în timpul prevăzut.

Pentru spălat se folosesc de preferinţă/w/g/ ***de săpun pur.*** Se evită detergenţii de proastă calitate, care ar irita pielea. Dacă se foloseşte un

produs care să înmoaie ţesăturile care au devenit aspre, scutecele (şi lenjeria în general) se vor clăti bine, deoarece aceste substanţe, indiferent ce spun fabricanţii, pot provoca înroşirea pielii. Fierberea se recomandă numai dacă sugarul are o infecţie a pielii sau scutecele sunt pătate şi/sau au devenit cenuşii. Dacă se folosesc bactericide, rufele se spală şi se clătesc cu apă caldă. Scutecele colorate nu se înmoaie în baie bactericidă, deoarece sar decolora.

Celelalte rufe (cămăşuţe, pieptăraşe, bonete, cearşafuri, salopete etc.) se spală normal.

Planificare. Cum s-a spus mai sus este bine să se asigure o bună aprovizionare cu scutece şi celelalte obiecte de înfăşat sau îmbrăcat. Se procură două recipiente din material plastic. Se aleg ligheane sau găleţi solide, cu capac şi mânere şi suficient de adânci pentru a conţine, pe lângă apă, cel puţin şase scutece. Se evită obiectele de dimensiuni mari şi/sau grele, greu de transportat. Dacă nu se găsesc articolele dorite, se va recurge la găleţi obişnuite. ***Întreţinerea chiloţilor impermeabili.*** Când sunt uzi sau pătaţi se spală cu apă caldă, adăugând în apă puţin din lichidul folosit pentru veselă. Plasticul devine inutilizabil dacă se foloseşte o apă prea caldă sau prea rece. Se pun apoi între două rufe uscate. Pentru a le face suple se trec printr-un storcător împreună cu prosoape din ţesut spongios (burete). ***Cum se înlătură scutecele de unică folosinţă.*** Se aruncă schimbul complet, inclusiv ambalajul de plastic, în caz de portscutece sau scutecehilot se

aruncă numai perniţa. Scutecele de unică folosinţă nu se aruncă niciodată în closete pentru că sifonul le-ar opri şi WC-ul sar înfunda. De aceea, după ce se curăţă de materii fecale, se zvântă şi se închid într-un sacpubelă. Sacul se leagă bine. Câteva sfaturi:

Mirosurile dezagreabile se înlătură atârnând cu o panglică un bloc deodorant la fiecare vas în care se înmoaie rufele. Pulberea bactericidă sau de detergent se pune în lighean înainte de a turna apa, altfel aceasta se va dispersa şi va fi inhalată de mamă.

Scutecele de unică folosinţă provenite de la sugari cu diaree sau cu infecţii cutanate se ard.

Uscarea lenjeriei. Rufăria bine stoarsă este întinsă la uscat, de preferinţă la aer şi soare, pe sârme montate special pentru acest scop, care se şterg înainte de a se aşeza rufele, în casele în care nu se poate beneficia de un spaţiu cu expunere la aer se vor usca după posibilităţi, dar niciodată în camera copilului. Uscarea în aer liber înmoaie rufele, în timp ce radiatorul le înăspreşte.

Călcatul. Presatul, înainte de a trece la călcat se verifică lenjeria şi se repară obiectele care sunt rupte. Călcatul asigură sterilizarea rufăriei şi îi dă un aspect plăcut, în colectivităţi, această operaţie poate fi înlocuită prin presare. Lenjeria presată este mai moale decât cea călcată cu fierul, în schimb călcatul prezintă avantajul că sterilizează, îngrijirea lenjeriei trebuie făcută întotdeauna cu minuţiozitate. Nicio infirmieră de spital sau de colectivitate de copii sănătoşi şi nicio mamă, la domiciliu, nu trebuie să devină superficială în

această problemă, deoarece orice neglijenţă poate să aibă urmări grave pentru sugari (diarei de origine infecţioasă, piodermite, hepatită epidemică etc.).

Obiectele de lână se spală separat, cu apă călduţă şi săpun, clătindu-se tot cu apă călduţă; nu trebuie frecate şi nici stoarse. După cel de-al doilea clătit ţesătura de lână se pune într-o cârpă de bumbac şi se stoarce uşor strângând totul în formă de sul. Apoi se întind la aer, însă nu direct la soare sau lângă sobă.

2.5. Alimentaţia f în ultimele decenii sau înregistrat progrese mari în dietetica infantilă.

S-au dobândit noţiuni noi asupra fiziologiei nutriţiei şi s-au realizat progrese extraordinare în industria alimentară (îndeosebi în ceea ce priveşte produsele dietetice pentru diferite vârste).

De asemenea, au survenit schimbări mari în modul cum se abordează problema alimentaţiei, în primele Muşamalele. La fiecare schimbat se şterg cu un scutec umed curat şi apoi uscat. La două zile muşamaua se schimbă, se spală bine cu apă şi săpun sau cu detergenţi şi se usucă, decenii ale secolului al XX-lea, medicii pediatri impuneau orare rigide sugarilor şi mamelor, în acelaşi timp se crease o întreagă alchimie în privinţa modului de pregătire a diferitelor preparate din lapte. Acestea au fost înlocuite cu o concepţie mult mai realistă şi mai firească pornind de la cunoaşterea nevoilor nutriţionale ale sugarului. Rigiditatea concepţiilor pediatrilor din trecut trebuie înţeleasă în funcţie de nivelul cunoştinţelor medicale şi de contextul social al epocii, în care

mamele şi medicii erau îngroziţi de numărul mare de sugari care mureau, adesea fulgerător, în urma diareilor acute. La timpul respectiv se punea prea puţin preţ pe cauza infecţioasă a diareilor. Tulburările de creştere şi diareile erau atribuite alimentaţiei defectuoase şi foarte puţin subalimentaţiei şi infecţiei, care sunt în realitate cauzele principale.

Introducerea preparatelor moderne (lăpturi adaptate", „formule") industriale de lapte şi folosirea frigiderului (şi a celorlalte mijloace de refrigerare şi conservare a produselor lactate) au redus în mare măsură riscurile infecţilor digestive.

Concomitent să înregistrat pe plan mondial un fenomen îngrijorător, marcat prin scăderea vertiginoasă a numărului de mame care alăptau, mai ales în mediul urban. Acest fenomen a fost favorizat de larga accesibilitate la preparatele industriale de lapte destinate să înlocuiască laptele matern. Prin intermediul unor acţiuni largi de educaţie sanitară pentru promovarea alimentaţiei naturale se observă astăzi atât în străinătate cât şi la noi în ţară sporirea numărului de mame care alăptează şi creşterea duratei de alăptare.

Felul alimentaţiei şi mol la sugar. Cu decenii în urmă, statistica mortalităţii2 servea drept argument important în sprijinul superiorităţii alimentaţiei naturale faţă de orice alt mod de alimentaţie. Din această statistică rezultă că la sugarii alimentaţi artificial, mortalitatea era de 5 – 7 ori mai mare decât la sugarii alimentaţi natural. Această constatare era

valabilă atât la noi în ţară, cât şi în străinătate.

Astfel, în anul 1874, la München, mortalitatea sugarilor alimentaţi la sân era de 15%, în timp ce a sugarilor hrăniţi artificial era de 75%. La Berlin, în 1887, au murit prin afecţiuni digestive în lunile de vară de 20 de ori mai mulţi sugari hrăniţi artificial decât cei hrăniţi la sân. Pe baza marilor progrese ale igienei laptelui, dar şi ca urmare a lărgirii şi consolidării cunoştinţelor noastre în domeniul alimentaţiei, măsurile de protecţie pentru sugar au putut fi atât de bine puse la punct, încât în multe regiuni mortalitatea sugarilor alimentaţi artificial abia dacă mai depăşeşte pe aceea a sugarilor alimentaţi natural. De aceea, în momentul de faţă se foloseşte un criteriu mult mai fin, şi anume statistica morbidităţii sugarului. Toate studiile statistice arată că sugarii alimentaţi artificial se îmbolnăvesc mult mai frecvent în primele 4 – 5 luni de viaţă. Din 8 sugari internaţi în spital, numai unul dintre ei este alimentat la sân (Hamack).

2.5.1. Alimentaţia maternă (la sân, naturală) În afară de unele cazuri bine motivate, este bine să se respecte legile naturii. Se ştie că la orice animal, dezvoltarea optimă este asigurată cu laptele propriei specii. Laptele şi dragostea de mamă nu se înlocuiesc! Şi la om, laptele matern garantează o bună dezvoltare a sugarului. Aşa cum s-a văzut anterior (pag. 32) este singura hrană care este adaptată nevoilor nou născutului şi sugarului. Este laptele care se digeră cel mai uşor, cu o solicitare minimă din partea

organismului sugarului, în acelaşi timp este singurul lapte crud care poate fi băut fără pericol, pentru că ajunge direct, curat şi steril, din sânul mamei la sugar. Hrănit exclusiv la sân, sugarul nu va suferi de infecţii intestinale de origine alimentară. Consumat crud, laptele păstrează intact conţinutul în vitamine şi săruri minerale. ***Laptele uman conţine o serie de substanţe protectoare (anticorpi, enzime) împotriva unor boli.*** Alimentaţia la sân prezintă şi un alt avantaj mai puţin cunoscut: ***permite o adaptare mai uşoară la cantitatea de lapte necesară fiecărui copil.*** Acesta poate suge cât simte nevoia. Se pare că din această cauză sugarii hrăniţi la sân îşi sug degetul mai puţin decât cei alimentaţi artificial. S-ar părea că aici intervine şi surplusul de afecţiune şi intimitate care se stabileşte între mamă şi sugar prin actul alăptării.

1 Din lat, ***morbidus*** – bolnăvicios; proporţia de îmbolnăviri.

2 Din lat, ***mortalitas*** – mortalitate; proporţia de decese. ***Involuţia uterină*** este mult mai rapidă. Alăptarea conferă, se pare, mamei o ***protecţie împotriva cancerului*** de sân şi are acţiune contraceptivă (menstruaţia survine mai târziu), ***permiţând spaţierea naşterilor*** la un interval de 2 ani, optim pentru produsul de concepţie.

Din punct de vedere practic, mama care alăptează ***economiseşte multe ore de lucru, griji şi cheltuieli*** într-adevăr, ea nu sterilizează biberoane, nu calculează diluţii, concentraţii şi

adaosuri. Ea nu prepară şi nu fierbe nimic, nu are grijă să-şi procure lapte praf sau să controleze temperatura înainte de al da copilului. ***Alăptarea constituie,*** aşadar, ***mare economie de timp,*** de energie şi de bani. Cea mai neiniţiată mamă învaţă în câteva minute puţinele reguli ale alăptării, pe când pentru însuşirea tehnicii alimentaţiei artificiale, pe lângă îndemânare, este necesară o întreagă „ştiinţă", mereu modificată de progresele actuale ale medicinii.

Pe plan psihoemoţional, alăptarea creează o ***legătură trainică cu copilul.*** Mama care hrăneşte copilul la sânul său simte în străfundul fiinţei sale căi dă ceva ce nu-i poate oferi nicio altă persoană şi acesta este un simţământ unic pentru femeie, în noianul de griji, de incertitudini, de dureri, de speranţe şi de trăiri atât de intense şi de împărţite, alăptarea devine pentru o mamă echilibrată o adevărată plăcere, conferindu-i sentimentul şi satisfacţia deplină de a fi mamă. Emoţiile şi grijile legate de fiecare supt, de-a lungul multor luni, vor pretinde, firește, un mare sacrificiu din partea mamei; ea va fi obligată să renunţe la distracţii şi la o mare parte din libertatea de mişcare în afara familiei. Temerile de ordin estetic nu trebuie să fie niciodată un motiv de a renunţa la alăptare. Volumul ţesutului glandular se va micşora din nou după ce se termină alăptarea. Cea mai frecventă explicaţie a mamelor care nu alăptează: insuficienţa secreţiei lactate. Apoi vin următoarele motive: contraindicaţiile medicale, refuzul nou-născutului de a suge (mamelon ombilical, turtit, retractat

etc.), crăpături sau abcese ale sânilor, impresia de inutilitate de la perfecţionarea lăpturilor modeme, probleme de estetică a sânilor.

J.B. Jeliffe, specialist american în alimentaţia copilului, afirmă că insuccesul alăptării la sân se datorează mai ales lipsei de convingere, anxietăţii şi numeroaselor ocupaţii ale femeilor modeme, toate cauzele care se interferează cu elementul psihosomatic al evacuării şi reflexului de ejecţie a laptelui. Se ajunge atunci la cercul vicios al unei suiri insuficiente a laptelui, al unui sugar furios, înfometat şi o mamă traumatizată şi speriată că nu are destul lapte.

* * *

Dintre alte cauze depistate în diverse anchete şi din observaţiile practicienilor se citează:

– Nou-născutul nu este pus să sugă imediat ce a fost născut.

– „Laptele meu nu convine copilului!”. Această explicaţie este adesea regăsită în caz de vărsături alimentare provocate în realitate de alte cauze (stenoza pilorului, greşeli în tehnica alăptării etc.).

– „Laptele meu este apătos şi nehrănitor”. Această impresie pe care o resimt numeroase mame se datorează comparaţiei pe care o fac cu culoarea şi vâscozitatea laptelui de vacă (mai multă cazeină etc.).

„Laptele meu este prea tare”.

– Tulburările de instalare a lactaţiei normale provocate de greşeli grosolane (introducerea biberonului, cântăriri frecvente şi anxiogene,

orarii fixe).

Sfaturi stupide.

– Dificultăţi din partea copilului.

Una din cauze o constituie lipsa de informare a femeilor atât în timpul sarcinii, cât şi în cursul internării în maternitate. Folosirea biberonului în primele săptămâni, când nou-născutul nu are putere şi nu „” sugă, iar secreţia lactată nu este complet instalată, duce aproape în toate cazurile la înţărcarea precoce (nou-născutul nu este pus regulat la sân; nu mai „să tragă din sân o parte din lapte rămâne neevacuat, secreţia de lapte scade).

La ieşirea din maternitate, emoţiile şi eforturile fizice pe care le implică revenirea acasă, pot determina adesea o ***scădere temporară a secreţiei.***

Medicul sau/şi asistenta de familie sunt datori să viziteze frecvent lăuza, să-i organizeze programul, să o sfătuiască în toate problemele. Limitarea eforturilor fizice, păstrarea repausului la pat, evitarea supărărilor şi a exceselor de impresii, alimentaţia corectă şi, mai ales, ***angajarea întregii familii în ajutorarea mamei*** sunt mijloacele cu care se poate corecta această scădere a secreţiei de lapte. De asemenea este foarte important ***să nu se treacă nejustificat la completări cu alte preparate de lapte şi nici la folosirea biberonului pentru a se da completările de lapte sau de ceai.*** În astfel de situaţii, mama se va mărgini doar să dea nou născutului câteva linguriţe de ceai îndulcit cu

zahăr (1/2 linguriţă la 100 ml), între mese, la nevoie, pentru a evita apariţia „febrei de sete”.

Sugarul va fi pus des la sân, după un în perioadele când este treaz. Dacă acesta nu are putere sau „nu ştie” să sugă, se vor goli sânii prin muls corect, imediat după fiecare supt. Dacă sugarul este liniştit, buzele şi mucoasa gurii nu se usucă, dacă temperatura sugarului este sub 37,6°C (rectal), dacă urinează mai mult de 5 ori în 24 de ore, iar temperatura din cameră nu depăşeşte 22 – 24°, nu este necesar adaosul de lichide.

Regula generală este de a oferi un singur sân la o masă, pentru a fi complet golit. După opinia noastră, în primele zile şi chiar mai târziu, dacă secreţia de lapte nu este suficientă, ***sugarul pus ambii sâni,*** alternând ordinea cu care se alăptează de la o masă la alta.

2.5.1.1. Tehnica alăptării

Mama şi nou-născutul trebuie să înveţe, fiecare în felul lui, „tehnica” corectă a alăptări. Orice nou-născut normal execută, după câteva zile de viaţă, mişcările normale de supt, în continuare, mama este datoare să-l „înveţe să mănânce”, înţelegând prin aceasta:

– Să prindă mamelonul şi areola;

– Să-şi găsească singur poziţia corectă a gurii şi nasului;

– Să nu înghită aer;

– Să nu adoarmă la sân;

– Să „termine repede” cu fiecare masă şi

– Să fie culcat imediat după.

Uşor de spus, dar greu de pus în practică de

multe ori! Unii nou-născuţi par să se fi născut cu foame şi cu „lecţia învăţată”, în timp ce alţii au nevoie de câteva zile sau săptămâni până reuşesc să sugă corect. Fiecare copil are de pe acum particularităţile sale şi mama recunoaşte unele manifestări ale „personalităţii”.

Ceea ce este sigur şi trebuie întipărit în mintea oricărei mame (şi a întregii familii, care este datoare se ajute pe mamă în acest scop) este că, între alţi mulţi factori care influenţează ***instalarea, creşterea şi menţinerea secreţiei lactate,*** cei mai importanţi sunt:

Alimentaţia la cerere, inclusiv noaptea;

– Instalarea mamei şi nou-născutului în acelaşi salon şi punerea cât mai timpurie sân (2 – 4 ore după naştere); sistemul se numeşte „roomingin”;

Dorinţa şi voinţa de a alăpta;

– Punerea regulată a sugarului sân;

Starea sufletească şi echilibrul nervos mamei; Armonia vieţii de familie; Vigoarea şi „priceperea supt;

– Conştiinciozitatea, pregătirea profesională energia asistentei de familie;

– Starea de sănătate a mamei şi nou-născutului;

– Unele medicamente administrate mamei nou născutului. Pentru ca tehnica alăptării să se efectueze corect socotim că trebuie să insistăm asupra câtorva puncte, valabile de altminteri atât la maternitate, cât şi la domiciliu:

a) Ca orice lucru nou, tehnica alăptării

trebuie „învăţată” bine de către mamă.

b) Un nou-născut la termen, cu greutate normală, dar care nu suge şi nu înghite când este pus la sân, zile în şir şi la toate supturile, este un copil care poate pune probleme în viitor şi care probabil a suferit în timpul sarcinii şi/sau naşterii.

c) în timpul cât alăptează, lăuza trebuie să fie calmă, să nu i se facă observaţii. Acasă va alăpta singură în cameră, fără „asistenţă” şi „consilieri”, care o sustrag, o necăjesc şi îl tulbură pe sugar. Conversaţiile în timpul alăptării sunt interzise.

d) înainte de a pune nou-născutul la sân, mama se va spăla cu grijă pe mâini; din timp în timp îşi va curăţa unghiile, în prealabil tăiate scurt. Părul lung ce cade pe umeri va fi ridicat şi strâns cu un batic. Se înlătură sutienul cu care sunt susţinuţi sânii, apoi se îndepărtează compresele sterile de pe mameloane. Cu alte comprese sterilizate sau cu o batistă curată, înmuiate în apă călduţă, se spală mameloanele, areola şi pielea din jur.

Nu se ung sânii cu substanţe grase şi nu se aplică substanţe dezinfectante, care s-au dovedit inutile şi uneori vătămătoare. Soluţia de acid boric, recomandată atâta vreme, s-a dovedit pe de o parte iritantă pentru piele, ducând la formarea de crăpături (fisuri mamelonare), iar pe de altă parte, toxică pentru sugar.

e) Mirosul parfumurilor şi deodorantelor folosite de unele mame face pe unii sugari să refuze sânul.

f) Pregătirea mamei pentru alăptare se face înainte de trezirea sugarului. Dacă este nevoit să

aştepte până ce mama este gata de alăptat, el va deveni nervos, nu va prinde bine mamelonul, va înghiţi mult aer, va suge cu întreruperi, fără vigoare sau chiar va adormi la sân. Unii sugari nu vor să sugă dacă sunt treziţi din somn; probabil nu au senzaţia de foame şi nu şi-au satisfăcut nevoia de somn. Este unul din motivele care a dus la ***„alimentaţia la cerere”,*** singura pe care noi o recomandăm la sugarul sănătos, la domiciliu.

g) Pentru supt se va alege poziţia cea mai confortabilă atât pentru mamă, cât şi pentru sugar, în primele zile, lăuza va alăpta stând în pat, cu o pernă sau o pătură făcută sul sub cap, în aşa fel ca partea de sus a trunchiului să fie puţin ridicată. Mama va sta culcată pe o parte, iar nou-născutul va fi aşezat cu faţa spre mamă, pe unghiul format între braţul şi antebraţul de partea sânului din care alăptează (fig. 2.43).

Fig. 2.43 – Alăptarea în poziţie culcată.

Cu cealaltă mână mama va ţine sânul, introducând mamelonul în gura nou-născutului.

Mai târziu, când mama sa restabilit, alăptarea se face în poziţie şezând, pe un scaun comod, cu spătar (nu pe marginea patului), sprijinind picioarele pe un scăunel. Sugarul va fi ţinut puţin întors pe o parte, cu capul în unghiul format de braţ şi antebraţ. Capul sugarului nu trebuie lăsat prea mult pe spate, întrucât această poziţie îl împiedică la supt (fig. 2.44).

h) Mama va introduce în gura nou-născutului mamelonul şi areola (dacă aceasta este îngustă, el cuprinde chiar şi o parte din pielea de dincolo de areolă); numai aşa presiunea exercitată de mişcările de supt ale sugarului face să vină laptele prin canalele de scurgere a laptelui (canale galactofore). Dacă presiunea buzelor şi gingiilor se exercită numai pe mamelon, pe lângă faptul că este în mare parte ineficientă („nu vine lapte”), se pot produce eroziuni sau crăpături la nivelul

Fig. ***2.44*** – Alăptarea în poziţie şezând pe un scaun cu spătar, sprijinind picioarele pe un scăunel.

mamelonului, care determină durere locală, scăderea secreţiei lactate şi chiar infecţii.

Mama va prinde sânul la marginea areolei strângându între degetul arătător şi cel mijlociu, pentru ca nasul sugarului să rămână liber pentru respiraţie (fig.2.45). În acelaşi timp, compresiunea exercitată cu policele (degetul mare) ceva mai sus pe sân ajută la evacuarea laptelui din canalele galactofore.

Fig. 2.45 – Mama oferă sugarului sânul cuprins între degetul arătător şi mijlociu, având grijă să nu împiedice respiraţia nazală.

i) în timpul alăptării nu se va îndepărta niciodată sugarul de la sân, pentru ca mama să facă faţă altor solicitări (să răspundă la telefon, să deschidă o uşă etc.). ***Smulgerea brutală a sânului din gură poate duce ulterior la refuzul alăptării.***

Dacă nou-născutul adoarme în timpul suptului, înainte de a fi luat cantitatea necesară (după părerea mamei), mama va mişca uşor mamelonul în gura sugarului sau îl va retrage puţin. Dacă nu se trezeşte este bine ca sugarul să fie culcat. j) Ce se face dacă nou-născutul nu goleşte sânul pentru că se satură prea repede? Dacă este un sugar viguros, care suge la 3 – 4 ore şi se satură, mama va mulge restul de lapte cu mâna. Dacă sânul nu este golit complet la fiecare supt, secreţia de lapte scade.

k) Când sugarul este prea debil pentru a goli sânul, restul de lapte se mulge cu mâna sau cu

pompa într-un vas curat, smălţuit. Apoi se încălzeşte la temperatura corpului şi se dă cu linguriţa, cu biberonul sau chiar cu pipeta. l) Dacă mama crede că pentru a avea lapte la masa următoare este bine să-i dea un biberon sugarului, ea se înşală. Cu timpul, lipsind stimulentul fiziologic (golirea regulată a glandelor mamare), secreţia lactată se va micşora. m) Pentru sugar este important ca la alăptare să fie: în stare de veghe, flămând, uscat (schimbat), înfăşat corect şi comod (nu prea strâns, nu prea gros, dar nici prea uşor), să aibă o poziţie corectă la sân.

n) După a 10-a – a 15-a zi de viaţă, prelungirea suptului peste 15 minute (cel mult 20 de minute) oboseşte pe mamă şi duce la rănirea mamelonului. Sugarul îşi formează deprinderea de a adormi ori de câte ori este pus la sân; după ce trage câteva minute din sân adoarme; la încercarea de al pune în pat se trezeşte, începe să ţipe, iar dacă este pus la sân trage de câteva ori şi adoarme din nou. Se creează un cerc vicios care duce la micşorarea secreţiei laptelui, la subalimentarea sugarului şi la dereglarea programului supturilor.

În primele 5 – 10 minute sugarul suge cantitatea cea mai mare de lapte şi goleşte sânul în 10, cel mult 15 minute. După aceea, el suge numai pentru aşi satisface nevoia de „a suge” şi plăcerea de a fi ţinut în braţe (şi nu pentru a primi mai mult lapte).

o) Orice rest de lapte se va extrage manual („se mulge”) sau cu o pompă specială după fiecare supt. p) Nu se va impune un orar rigid al meselor

(nu se trezeşte din somn, nu se aşteaptă ora mesei).

r) între mese nu se va da nou-născutului să bea mult ceai (nu se va îndulci excesiv!) şi nici nu va fi ţinut în braţe.

– V

s) În timpul alăptării mama simte sete, uscăciune a gurii şi o „sfârşeală”. De aceea se recomandă ca înainte, în timpul şi după alămama să consume lichide, având pregătit dinainte paharul cu lapte, ceai de plante, compot sau apă. ***Eructarea*** (râgâitul). După supt, nou-născutul va fi ţinut pentru eructare (evacuarea aerului din stomac) şi calmarea colicilor în poziţie verticală, în braţe, cu burta lipită de trupul mamei, de dorit, dezgolit (mama va alăpta cu o rochie ce se încheie în faţă). Compresiunea şi căldura locală a pielii mamei alină durerile abdomenului şi favorizează evacuarea gazelor din stomacul copilului. După ce este ţinut circa 3 – 5 minute în braţe de către mamă, sugarul va fi culcat pe dreapta. Poziţia pe burtă este contraindicată în prezent, fiind presupusă ca o cauză a morţii subite a sugarului. Unii sugari eructează uşor, alţii numai după câteva minute. Eructaţia poate fi uşurată dacă sugarul este înclinat puţin pe dreapta. În cursul primelor 2 – 3 săptămâni este indicat ca nou născutul să eructeze la fiecare masă, uneori chiar de două ori (o dată în timpul suptului şi a doua oară după supt). Mai târziu depinde de sugar dacă mai este sau nu nevoie de eructaţie. Dacă sugarul nu eructează, aerul înghiţit în timpul suptului poate produce distensia stomacului, provocând

sughiţuri, regurgitaţii, vărsături sau colici.

2.5.1.2. Orarul meselor

Variază în funcţie de necesităţile specifice ale fiecărui nou-născut. Or, se ştie că există limite mari de variaţii ale apetitului nou-născutului. Durata de evacuare a stomacului variază între 1 şi 4 ore. Pofta de mâncare şi raţia la fiecare masă diferă mult în primele 4 – 6 săptămâni. De aceea, schema de alimentaţie va fi bazată pe reglarea proprie, de către sugar, a ritmului meselor.

La noi în ţară, ca şi în alte ţări, există în momentul de faţă contradicţii între susţinătorii orarului rigid şi cei ai libertăţii totale în ceea ce priveşte numărul şi intervalul dintre mese. La noi, în cursul ultimilor 50 de ani, să respectat, în general, orarul strict de alăptare, cu 7 mese în 24 de ore (6; 9; 12; 15; 18; 21; 24 şi o pauză de noapte de 6 ore) sau cu 6 mese (6; 9,30; 13,16,30; 20; 23,30 şi o pauză de noapte de ***6V2*** ore). În ultimii ani unii pediatri susţin să se administreze numai 5 supturi în 24 de ore (la intervale de 3*/2 – 4 ore şi o pauză de noapte de 8 ore).

Rigiditatea orarului era altă dată o dogmă. Iată ce spunea pediatrul german Degwitz în jurul anilor 1940: „Mamele nu trebuie să devină sclavele sugarului. Sugarul trebuie să înveţe să se stăpânească. Cu ajutorul unui program rigid de îngrijire şi alimentaţie, el este ajutat pe această linie. Rolul sugarului este pur pasiv. El nu mănâncă, ci este alimentat; el nu doarme, ci este culcat”. Este bun acest sfat? Nu cumva în această alimentaţie rigidă se găsesc rădăcinile inapetenţei şi reacţiile de negativism ale multor copii? Cu un

astfel de program fix şi nefiresc nu intrăm în conflict cu bunul simţ şi observaţiile multor mame?

În învăţământul medical de toate gradele şi în practica pediatrică de toate zilele mulţi au aplicat această concepţie, încercând să insufle mamelor teama de orare libere, găsind motivări psihologice1. Printre altele se susţinea că supturile la ore neregulate conduc, în mod sigur, la formarea de copii răsfăţaţi. S-a mers până acolo încât să susţinut că în afara orelor de supt, sugarul să nu fie luat în seamă, chiar dacă plânge tot timpul. Majoritatea sugarilor sau acomodat foarte bine la aceste ore stricte. Au existat şi vor exista însă rebeli la orice reglementare: sugari al căror stomac nu poate să conţină o raţie care să ajungă pentru patru ore, sugari care adorm în timpul suptului, sugari nervoşi sau care suferă de dureri („colici”) intestinale.

Până la instaurarea unei concepţii liberale în privinţa regimului alimentar, niciun medic sau asistentă de ocrotire nu ar fi avut îndrăzneala să susţină să se dea sugarului să bea, nici să sfătuiască pe mamă să-l ia în braţe pentru câteva minute în afara orelor de supt cu toate ţipetele acestuia. Situaţia era dramatică pentru mama conştiincioasă, disciplinată, care – ascultând de sfaturile medicale – se chinuia, forţându-se să-şi învingă dorinţa de al linişti pe sugar. Noroc că multe din ele lăsându-se conduse de instinctul matern şi observând caracteristicile propriului copil, încălcau acest program fără nicio autorizare, în deceniul al 5-lea al acestui secol, în

Statele Unite, această concepţie rigidă a început să fie treptat părăsită. Iată ce scrie medicul american Benjamin Spock în celebra sa carte The common sense book of baby and child": „primele încercări au fost făcute de medicul Preston McLendon în colaborare cu psihologa Frances P. Simsarian, ea însăşi proaspătă mamă. Ei au vrut să ştie ce fel de orar ar adopta Simsarianjunior, dacă ar fi hrănit la sân de fiecare dată când ***n*** este foame. În primele zile nou-născutul să culcat la ore destul de neregulate, în momentul „suirii" laptelui (în a doua jumătate a primei săptămâni) s-a trezit şi mai des, de aproximativ 10 ori pe zi. La două săptămâni, el nu mai pretindea decât 6 – 7 supturi pe zi, la intervale neregulate. Spre vârsta de 10 săptămâni a ajuns singur să ia un prânz la aproximativ 4 ore". Această metodă a luat numele de „regim liber" (sau „la cerere"). De atunci, din 1942, ea a fost din ce în ce mai larg adoptată, spre marea uşurare a părinţilor şi copiilor.

Cum se stabileşte un orar de alimentaţie. La sosirea din maternitate, cei mai mulţi dintre nou-născuţi îşi anunţă foamea din 3 în 3 ore şi numai foarte puţini la 4 ore, de obicei de 6 – 7 ori în 24 de ore. La început se va încerca alimentaţia după orarul din maternitate, fixat de medicul secţiei de nou-născuţi (deci după programul cu care este obişnuit). ***După experienţa noastră, însă, majoritatea vor dori mese n primele***

4 – 6 săptămâni de viaţă. Cei mai mici, cu stomac ce se evacuează mai repede, doresc să mănânce la circa 3 ore. O mare parte se trezesc la

miezul nopţii şi la ora 2 noaptea. Sunt puţini nou-născuţi care nu mai doresc încă o masă după miezul nopţii. După noi, cea mai bună atitudine ar fi de a nu trezi nou-născutul la ora 24, ci de a aştepta să se vadă dacă el solicită această masă, în loc să se folosească ceaiul (biberon, încălzire etc.), mai comod şi mai util este să se pună nou-născutul la sân. Cu timpul, sugarul va suge tot mai rar la această oră şi, spre vârsta de 3 – 4 săptămâni, ajunge singur să nu se mai trezească noaptea, ci dimineaţa. Unii nou-născuţi renunţă mai întâi la masa de la ora 23 – 24 şi mai târziu la cea de la ora 2.

1 De subliniat că marele nostru maestru prof, dr. A.D. Rusescu, contrar opiniei generale, conducându-se după lunga sa experienţă, a fost tot timpul adeptul unui orar elastic în alimentaţia naturală, menţinând în primele săptămâni şi suptul de noapte.

Nou-născutul sănătos îşi instalează rapid un interval de 3 – 4 ore între mese ziua, cu o pauză de noapte mai prelungită, în timpul zilei, pauza cea mai lungă este între prima şi a doua masă (mama are lapte din abundenţă). Unele mame se plâng uneori că după masa de dimineaţă sugarul doarme dus şi nu se mai scoală deloc. Credem că atitudinea cea mai bună este ca, de la început, nou-născutul să fie lăsat să doarmă cât vrea între prima şi a doua masă. Zicala „copilul creşte şi cu somn” conţine o realitate certă.

Invers, dacă sugarul se trezeşte mai devreme, între aceste două mese, timp de mai multe zile, chiar dacă-i se asigură condiţii perfecte de linişte,

înseamnă că raţia de lapte este suficientă numai pentru intervalul respectiv; dacă intervalul este de 3 ore, se va continua cu acest ritm mai multă vreme, dacă este sub ore trebuie consultat medicul de copii. Ritmul de 4 ore, impus obligatoriu după o opinie care şi-a făcut adepţi în ultimul timp la noi, nu poate fi util la sugarul care este flămând din 3 în 3 ore, în primele luni sugarul înregistrează foamea ca pe o senzaţie dezagreabilă, la care el reacţionează automat prin plâns; dar el tace de îndată ce şi-a potolit foamea. ***Aceste reacţii nu au nimic comun cu răsfăţul sau cu încăpăţânarea.*** După ce sugarul creşte va avea mai rar senzaţia de foame.

Avantajul programului fix de alăptare constă în faptul că oferă mamei un indicator practic pentru orele de alimentaţie. În plus, ea poate constata mai uşor dacă sugarul plânge de foame sau din alte motive. Acest program o ajută pe mamă la împărţirea timpului, aşa că ea îşi poate planifica alte treburi sau se poate odihni în timp ce sugarul doarme. O împărţire ordonată, dar cu mici variaţii, a orarului corespunde necesităţilor sugarului. Mama trebuie să aibă în vedere atât comportarea sugarului, cât şi programul ei zilnic de activitate. Sugestia noastră este de a avea ca obiectiv să ajungeţi să hrăniţi sugarul aproximativ la orele 6 – 10 – 14 – 18 – 22. La mulţi sugari acest orar se stabileşte către vârsta de 6 săptămâni, iar la alţii după 3 – 4 luni. Pentru nou-născuţii care nu dorm fără întrerupere 8 ore în timpul nopţii se recomandă ca, până la instalarea completă a secreţiei de lapte şi mai ales

până când curba greutăţii începe să crească ritmic, să se mai dea 1 – 2 supturi intermediare (la orele 24, ori la 2 sau 3 noaptea). După circa 3 luni, dacă sugarul creşte bine (peste 800 g pe Iun), în timpul nopţii se poate da ceai de anason sau de chimen îndulcit cu glucoză (un pacheţel de 5 g la 100 ml ceai) sau zahăr (o linguriţă rasă la 200 ml). Ceaiul prea dulce îl face pe sugar să-l prefere în detrimentul laptelui de mamă care nu este deloc dulce; de aceea la sugarii care primesc mult ceai, îndulcirea să se facă cu 5 g la 200 ml.

2.5.1.3. Raţia alimentară în prima lună

– La sfârşitul primei săptămâni de viaţă nou născutul suge în medie 200 – 400 ml/zi;

– Ja sfârşitul celei de a doua săptămâni suge aproximativ

400 – 550 ml/zi;

– La sfârşitul săptămânii a treia suge 450600 ml/zi;

– La sfârşitul celei de a patra săptămâni suge 500650 ml/zi. Cum se determină dacă mama are lapte suficient. Nou-născuţii şi sugarii sătui sunt liniştiţi şi dorm 3 – 4 ore supă supt. Un alt semn, şi mai sigur, este creşterea constantă în greutate cu aproximativ 170210 g pe săptămână, J Controlul greutăţii se ***săptămânal.*** Faptul că unii nou-născuţi sau sugari sunt mai puţin somnoroşi şi stau mai mult treji nu înseamnă că nu le ajunge laptele.

Concluzia că nu are lapte suficient nu trebuie trasă numai de către mamă, în funcţie de reacţiile sugarului după mese (plâns, agitaţie, caută sânul, îşi suge degetele, se linişteşte dacă este luat în

braţe şi este pus la sân etc.). Agitaţia, colicile, numărul scaunelor, diferenţele cantitative ale raţiei de lapte de la o zi la alta, stagnările în greutate în unele zile nu au nicio semnificaţie dacă nou-născutul arată bine, iar curba greutăţii este global ascendentă.

Atât cântărirea zilnică a sugarului, cât şi/sau proba suptului după fiecare masă pot duce la scăderea secreţiei lactate creând o stare de îngrijorare a mamei. Ca reacţie imediată se va completa alimentaţia cu biberonul, ceea ce duce, în perioada de nou-născut, la înţărcarea precoce. Dacă este vorba de un nou-născut după vârsta de 21 de zile sau de un sugar care suge viguros şi goleşte ambii sâni, dar nu adoarme după aceea sau se trezeşte după o oră, este flămând şi nu creşte în greutate, înseamnă că laptele mamei nu este suficient.

Cântărirea zilnică şi/sau proba suptului nevrozează pe unele mame.

1 Cifre valabile după ce a „încetat" scăderea fiziologică. Înainte de a ajunge ***la concluzia că mama are lapte puţin trebuie excluse unele posibilităţi*** ca:) erorile în tehnica alimentaţiei; b) oboseala fizică şi suprasolicitarea psihică (emoţii, supărări) a mamei; c) factori care ţin de nou-născut şi care împiedică creşterea lui: boli etc.; d) interpretarea rigidă a cifrelor de creştere în greutate. ***Cum se administrează*** c. Dacă sugarul stagnează în greutate şi în săptămâna a 3-a de viaţă sau dacă progresul ponderal săptămânal (după 3 săptămâni de viaţ) este sub 150 g, suntem

nevoiţi să introducem un preparat de lapte. Medicul va hotărî preparatul cu care se va completa alimentaţia. Este de dorit ca, pe cât posibil, să nu se folosească lapte de vacă, ci un preparat de lapte praf, de dorit un produs industrial de lapte „de început” sau „de start” [lapte adaptat („formula”) sau parţial adaptat].

Ce cantitate se adaugă? Medicul pediatru este singurul care va fixa cantităţile. Completarea se va face numai la 1 – 2 mese din mi locul zilei (la supturile III şi/sau IV), când mama este obosită şi secreţia lactată scade. În prima zi, la mesele respective se adaugă câte 30 ml după ce a fost ţinut 15 minute la sân; în zilele următoare cantitatea se creşte tot cu câte 30 ml; în caz că sugarul nu se satură cu simple completări, se vor înlocui 1 – 2 mese de sân cu un preparat de lapte. Odihna ce se asigură prin înlocuirea acestor supturi face o secreţie suficientă pentru celelalte mese (din cursul dimineţii şi serii). Se continuă în zilele următoare cu aceeaşi cantitate şi se face bilanţul curbei ponderale după 7 – 10 zile.

2.5.1.4. Dificultăţi de alăptare din partea mamei în unele cazuri, alăptarea se izbeşte, din păcate, de o serie de dificultăţi din partea mamei.

Instalarea secreţiei lactate, aşa-numita „suire” sau „furia laptelui”, poate provoca o tumefiere (umflare) dureroasă şi dură a celor doi sâni. Cantitatea de lapte produsă de glandele mamare este încă destul de redusă. Această stare poate dura mai multe zile la primipare. Sânii întăriţi încărcaţi cu lapte vor fi susţinuţi cu un bandaj suspensor. O compresă călduţă cu alcool

diluat (1/3 alcool de 70° şi 2/3 apă), aplicată pe sâni cu o oră înainte de supt, aduce câteodată o oarecare uşurare. Această suire a laptelui constituie un semn sigur că va exista lapte din abundenţă. Măsurile recomandate pentru calmarea durerii şi a senzaţiei de apăsare a sânului se vor aplica cu prudenţă şi pentru scurt timp. La nevoie mama poate lua la recomandarea medicului un calmant uşor, pentru a dormi în timpul nopţii. De cele mai multe ori, nou-născutul începe să tragă viguros din sâni şi să-i golească, ceea ce duce la scăderea tensiunii lor, la dispariţia durerilor şi la creşterea secreţiei lactate. Dacă sânii rămân mici şi moi şi dacă laptele este în cantitate mică, mama va încerca să stimuleze lactaţia prin corectarea propriei alimentaţii (mese mai dese, cu alimente gustoase şi consistente şi mai ales printr-un consum mai mare de lichide sau fructe) şi punerea nou-născutului să sugă ori de câte ori cere, la ambii sâni. ***Fiecare picătură de lapte matern este de mare preţ pentru sugar, iar perseverenţa în alăptare poate duce la succes chiar după 10 – 15.***

Adesea la primipare laptele nu curge decât încet şi greu, chiar dacă nou-născutul suge bine. Mai sus am recomandat aplicarea de comprese; expunerea sânilor la lampa de raze ultraviolete timp de două minute, de mai multe ori pe zi, dă de asemenea, uneori, rezultate bune. Dacă nou-născutul suge slab şi sânul nu este golit se va evacua laptele manual sau cu pompa, după fiecare supt. Mama are datoria să se menajeze în

mod deosebit atât fizic, cât şi psihic. La femeile pe care sarcina le-a epuizat şi care sunt slăbite ca urmare a travaliului, secreţia lactată normală se poate instala complet de abia după 1 – 2 săptămâni.

O scădere temporară a secreţiei de lapte poate fi observată la revenirea mamei din maternitate.

A

– În caz de ***mameloane mici,*** mai ales dacă este vorba de un sugar neputincios sau capricios, se poate ajunge la eşec total. Sugarul caută să apuce mamelonul, dar nu reuşeşte nici să-l găsească şi nici să-l prindă, se enervează, începe să plângă şi să întoarcă capul. În astfel de situaţii, la unele prânzuri, până când nou născutul devine mai viguros, se vor mulge sânii (cu mâna sau cu pompa).

Mama va învăţa corect tehnica golirii sânului: manual sau cu pompa. Datorită mişcărilor de masaj, dar mai ales aspiraţiei puternice exercitată de pompă, mamelonul poate deveni apt pentru alăptare.

De multe ori, mameloanele sunt inegale în ce priveşte volumul, consistenţa şi forma, aşa se explică faptul că mulţi sugari sug mai bine dintr-unul din sâni. Nou-născutul va fi pus la sân imediat ce se trezeşte, înainte de a avea timp să se enerveze; dacă începe să plângă încă de la prima tentativă, mama îl va ţine în braţe şi va aştepta să se calmeze, înainte de al pune din nou la sân, apoi va stoarce cu mâna câteva picături de lapte pentru a umezi mamelonul şi areola, va comprima areola

între degetul mare şi arătător, pentru a uşura introducerea mamelonului în gura sugarului (Vezi şi „Mameloane ombilicate”).

Crăpăturile sunt frecvente, survenind în 20% din cazuri. Supturile devin dureroase şi provoacă scăderea secreţiei lactate, insomnie şi nelinişte. Ele servesc de poartă de intrare pentru stafilococi, responsabili de mastite sau abcese ale sânilor. Se pare că sunt favorizate de supturile prea lungi, suptul aplicat exclusiv pe mamelon, o poziţie incorectă a sugarului, frecarea de către îmbrăcăminte, înfofolirea, folosirea prea frecventă a apei şi săpunului. O tehnică bună le poate evita. Gura sugarului trebuie să fie la înălţimea mamelonului. Supturile, mai ales în primele zile, nu trebuie să dureze mai mult de 10 – 20 de minute. Sugarul nu trebuie să „morfolească” vârful sânului.

Mama trebuie să evite folosirea de dezinfectante puternice, deodorante şi substanţe care usucă (alcoolul, glicerina şi apa de colonie) ca şi talcul, săpunul. Este indispensabil să se usuce bine mameloanele după fiecare supt, la nevoie cu un uscător de păr („foehnul”) suflant, cu scopul de a evita orice umiditate reziduală ce favorizează maceraţia. De asemenea este bine să se evite compresele dublate cu plastic care păstrează umiditatea pe mameloane.

De îndată ce se constată o crăpătură este mai bine să se suprime supturile la sânul dureros şi să se stoarcă laptele la intervale regulate (cu mâna sau cu pompa) şi să se dea sugarului. Dacă sugarul continuă să sugă, durerea va fi atât de vie,

încât va determina pe mamă să înceteze alăptarea, întreruperea temporară a alăptării nu este obligatorie, dar în general este adesea preferată de mame. Din experienţa noastră reiese că unele mame nu au dureri atât de vii şi continuă să alăpteze chiar dacă mameloanele sunt crăpate. Se pare că durerile dispar în câteva minute când se declanşează reflexul de ejecţie a laptelui. Se începe cu sânul nedureros sau mai puţin dureros şi, eventual, se începe alăptarea printr-o extracţie manuală până la obţinerea reflexului de ejecţie şi atunci sugarul este pus la sân. De asemenea se va încerca să se schimbe poziţiile de alăptare cu scopul de a repartiza într-un mod mai echilibrat presiunea de supt pe diferite părţi ale mamelonului. Unii medici recomandă pomezi cu estrogeni, hidrocortizon şi/sau antibiotice, dar nu sunt întotdeauna eficace.

uite a e aplică gheaţă pe a eloanele dureroase, înainte de fiecare supt; acest procedeu alină instantaneu durerea. Este de ajuns să se sfărâme bucăţi de gheaţă care – puse într-o mănuşă de toaletă sau într-o pungă de plastic – fie aplicate pe zona dureroasă.

Expunerea la aer liber sau la raze ultraviolete contribuie la vindecarea mameloanelor.

Expunerea directă (şi nu printr-un geam) posedă excelente capacităţi cicatrizante.

Astuparea şi/sau umflarea mamară cu limfangită este cu totul diferită. Sânul se umple repede, se umflă, devine dureros. Pielea este roşie, caldă, iar în general apare febră. Tratamentul constă în golirea în totalitate a

glandei mamare cu ajutorul unei pompe electrice.

Este necesar un medicament împotriva febrei (Paracetamol) şi dacă febra persistă peste 24 – 48 de ore medicul va prescrie antibiotice. Cataplasmele cu apă rece sau pungile cu gheaţă se folosesc ca tratament local.

În ***stadiul de abces*** febra este foarte ridicată şi se însoţeşte de frisoane şi de transpiraţii. Sânul trebuie golit pentru a se evita astuparea. Antibioticele şi antitermicele sunt indispensabile.

În România şi Franţa există obiceiul de a mulge laptele şi de al arunca; sugarul este hrănit câteva zile cu un preparat de lapte adaptat, în SUA şi Germania sa demonstrat că dacă se continuă alăptarea, în cazul în care mama primeşte antibiotice, nu se întâmplă nimic rău sugarului. Mai mult, dacă se continuă alăptarea, se obţine o vindecare mai rapidă a infecţiei; un sân golit se vindecă mai repede şi cel mai bun mod de a goli sânul este alăptatul. Antibioticele folosite nu trebuie să provoace sugarului vreun efect secundar.

Nodulii. Mamele constată câteodată „noduli" dureroşi în sân. Este vorba de obstrucţia unui canal lactifer, care se datorează frecvent unei goliri neregulate a unuia sau mai multor canale sau unui sutien prea strâns. Simpla înmuiere (scufundare) a sânului în apă caldă prin aplecarea deasupra unui vas mare timp de 10 minute, de trei ori pe zi, şi punerea frecventă şi pentru mai multă vreme a sugarului la sân sunt suficiente pentru a rezolva astfel de incidente. ***Mameloanele ombilicate.*** Este vorba de mameloane turtite sau

scobite, anomalie destul de frecventă şi care duce adesea la înţărcarea precoce a sugarului. Dacă mama nu este speriată de această mică anomalie şi dacă sugarul este viguros se poate ajunge repede la o alăptare normală. Un sugar înfometat, treaz şi sănătos, pus la sân, poate apuca areola între buze, chiar dacă mamelonul este turtit sau invaginat. Simplul fapt de a suge for cază vârfurile sânilor pentru a face să iasă în afară mamelonul. Remedile prezentate de unele firme (tetine intermediare etc.) sunt rodul imaginaţiei celor ce le concep şi de cele mai multe ori sunt ineficace şi nu au ca rezultat palpabil decât oboseala sugarului, în cazul în care numai unul dintre mameloane este plat sau scobit, la fiecare supt se va începe cu mamelonul mai puţin tentant (mic, turtit sau scobit). Soluţia ca mama să se mulgă la fiecare supt este chinuitoare pentru mamă (efort fizic, durere locală, consumare psihică etc.) şi, personal, nu o recomandăm.

Durerea şi/sau umflarea sânului. De obicei sânii se întăresc când lobulii glandulari care conţin lapte se umplu prea mult. Aceasta nu o deranjează întotdeauna pe mamă, dar poate determina întărirea şi turtirea areolei în aşa fel încât sugarul să nu mai reuşească să cuprindă mamelonul în gură, pentru al comprima cu eficacitate. Se stoarce sânul la nivelul zonei pigmentate pentru ca mamelonul să devină mai suplu şi să fie cuprins între buzele sugarului fără dificultate. Astfel de tulburări (umflarea, întărirea sânului, durerea, uneori roşeaţa) apar de obicei spre sfârşitul primei săptămâni. Alteori însă,

împăstarea nu se limitează numai la areolă, ci cuprinde întregul sân, care devine umflat, tare, mai cald şi începe să se înroşească. După golirea sa rămân încă noduli de dimensiuni variate. Dacă nu se iau măsuri împotriva stagnării laptelui şi persistenţei nodurilor se ajunge la inflamaţii redutabile (mastite). În astfel de situaţii este mai bine ca, în loc de stoarcerea sânilor, să se folosească o pompă cu care să se evacueze laptele rămas după suptul copilului.

În rezumat, după suptul copilului, pentru a nu se ajunge la fisuri şi inflamaţii se indică următoarele: expunerea la aer de mai multe ori pe zi, timp de 10 – 15 minute, folosirea unui sutien larg cu conurile secţionate sau înlocuirea cu un suspensor sub formă de eşarfă care se trece peste umărul folosirea de lenjerie de bumbac şi de rochii subţiri cu deschizătură în faţă, curăţirea mameloanelor de resturile de lapte, schimbarea frecventă a compreselor ce se pun pe mameloane, ungerea cu lanolină, evitarea săpunurilor tari, a alcoolului pur, expunerea 1 – 3 minute la raze ultraviolete; se recomandă de asemenea, alăptarea mai frecventă (la 2 – 3 ore) deoarece înfometarea sugarului îl va face să sugă mai viguros, iar prin aceasta lezarea mamelonului se poate accentua.

False dificultăţi. Unele mame dau o interpretare greşită unor fenomene fiziologice.

a) Aşazi să caritate necorespunzătoare a laptelui (vezi mai sus la cauzele înţărcării precoce).

b) Alteori, consistenţa moale, numărul mai

mare sau culoarea verde a scaunelor nou-născutului alimentat natural constituie motivul care determină aprecierea că laptele matern „nu prieşte” copilului. Aceasta o face pe mamă (din păcate adesea cu aviz medical) să mai adauge ceva preparate adaptate, lapte de vacă, apă de orez în alimentaţie, ceai, şi adesea se ajunge la înţărcare. Trebuie să se ştie că sugarul hrănit la sân poate avea scaune foarte variate în ceea ce priveşte numărul (de la o la 7 – 8 pe zi), culoarea (verzi, galbenaurii, alburii) şi consistenţa (grunjoase, semilichide.

„Tari”).

Criteriul major al aprecierii valorii alimentaţiei naturale (la sân) este creşterea corespunzătoare în greutate. Un sugar înţărcat din cauza scaunelor moi va face cu siguranţă, mai târziu, tulburări digestive importante.

c) ***Hipergalactia*** („am prea mult lapte”) impresionează şi nelinişteşte pe multe femei. Ea nu constituie însă un motiv de îngrijorare. Se lasă sugarul să sugă până când se satură şi apoi se goleşte sânul (cu pompa sau prin muls). Dacă sugarul suge prea mult şi apar regurgitaţii frecvente, vărsături sau diaree se va extrage o parte din lapte înainte de a pune sugarul la sân sau se va reduce durata suptului. Dacă laptele se scurge spontan se vor ţine mameloanele învelite în vată sterilă, care se schimă des. Sânii se vor spăla cu apă rece, pentru a înlătura resturile de lapte care irită şi macerează mameloanele şi predispun la infecţii. Se va purta lenjerie uşoară. De mai multe ori pe zi se vor face „băi de aer” (mama va

sta cu sânii descoperiţi).

2.5.1.5. Dificultăţi de alăptare din partea sugarului

Nou-născuţii prea slabi sau prematurii nu pot să sugă, adorm după câteva înghiţituri şi lasă sânul din gură, în acest caz este necesar mulsul sau utilizarea unei pompe. Sugarii „leneşi” la supt au suferit adesea la naştere (scorul Apgar sub 8); de obicei, ei sunt foarte somnolenţi, în timpul icterului fiziologic o mare parte dintre nou-născuţi sunt mai somnolenţi şi se alimentează mai greu. De obicei, aceşti nou-născuţi trag de câteva ori din sân, apoi se opresc şi adorm. Alimentaţia lor necesită îndemânare şi răbdare. Nou-născuţii la care naşterea a fost prelungită, cei care s-au născut în stare de asfixie (vineţi) sau nu au ţipat după naştere (ca semn că au suferit) refuză să sugă în primele zile, chiar dacă au o greutate normală. Dacă lezarea creierului nu a fost prea gravă, ei încep să sugă în decurs de câteva zile. După dispariţia manifestărilor patologice, aceşti nou-născuţi vor fi puşi regulat la sân, mulgându-se apoi laptele rămas. Dacă în creier sau produs dereglări mari, manifestate în primele zile prin convulsii (înţepenirea totală sau tresăriri ale muşchilor) şi/sau cianoză (învineţire în jurul gurii sau a feţei, a mâinilor şi a picioarelor), nou născutul va fi pus la repaus total, evitându-se orice efort şi făcându-se minimum de manevrări. Se va încerca alimentaţia cu lapte muls, chiar cu pipeta, cu linguriţa şi apoi cu biberonul. La nevoie se recurge la alimentaţia prin gavaj (laptele este introdus cu seringa printr-o sondă în stomac).

Refuzul de a suge. Dacă nou-născutul a supt câteva zile mai mult sau mai puţin bine, iar după aceea refuză dintr-odată sânul, înseamnă că a intervenit ceva deosebit:în ***bolnăvire sau o greşeală din partea mamei.*** Adesea este vorba de o obstrucţie nazală printr-un guturai sau de o infecţie a mucoasei bucale ***(muguet*** sau ***„mărgărităreF).*** De aceea, la venirea din maternitate nou-născutul va fi protejat de variaţiile prea mari de temperatură (camere supraîncălzite, care se deschid direct în afară; diferenţe prea mari între temperatura de noapte şi cea din timpul zilei etc.); vor fi feriţi de contactul cu persoane cu guturai şi în general de orice contact direct cu persoanele adulte (nu se vor săruta sugarii!). La nou născuţii care au contractat un guturai se picură în nas cu o pipetă ser fiziologic; în caz de secreţii, acestea se aspiră cu o pară mică de cauciuc. Curăţirea cu vată sau comprese irită mucoasa nazală şi poate determina infectarea ei.

Dintre greşelile mamei care pot duce la dificultăţi de supt din partea nou-născutului amintim: rigiditatea orarului, forţarea nou-născutului să sugă din somn, bruscarea acestuia timpul suptului, proba suptului, nervozitatea şi nepriceperea mamei, administrarea în exces de ceai între mese.

Cauzele cele mai frecvente ale înţărcării precoce la nou-născutul sănătos sunt: lipsa de dorinţă şi de voinţă de a alăpta din partea mamei; greşeli de tehnică a alăptării; utilizarea

biberonului.

Biberonul este duşmanul nr.l al alăptării pentru nou născuţii care din primele zile sunt hrăniţi când la sân, când la biberon. Sugarul, ca orice fiinţă umană, are tendinţă la comoditate; or ***efortul depus pentru a trage din biberon este de şapte ori mai mic decât cel depus pentru supt!*** Cu timpul, când este pus la sân, nou născutul ţipă sau pur şi simplu refuză să sugă. Mamei nu-i rămâne decât soluţia de aşi mulge laptele şi de al da nou-născutului cu biberonul. Ca atare, nu se va folosi biberonul concomitent cu alimentaţia la sân, decât pentru un motiv major. Orificiul tetinei nu va fi prea mare!

Regurgitaţiile şi vărsăturile. Prin ***regurgitaţie*** se înţelege ***eliminarea pe gură de aer şi de cantităţi mici de lapte nemodificat,*** la scurt timp după supt. Vărsăturile se deosebesc de regurgitaţi! prin faptul că laptele este adesea modificat (închegat sub formă de grunji mici) şi proiectat la distanţă, sunt mai abundente şi survin de cele mai multe ori la un interval mai mare după masă (cu excepţia celor din stenoza hipertrofică de pilor sau din malformaţiile esofagului). Regurgitaţiile sunt fără nicio semnificaţie patologică.

Vărsăturile pot fi manifestarea unei boli, dar şi dovada unei greşeli în tehnica de alăptare: supra alimentaţia, manevrele brutale de îngrijire după ce nou-născutul este alăptat, graba sau nervozitatea mamei în timpul suptului, starea de tensiune nervoasă în familie. Alteori, vărsăturile

survin la nou născuţi care sug repede, mult şi înghit mult aer ***(aerofagie).***

Dacă vărsăturile nu se însoţesc de alte tulburări generale, sunt rare, neregulate, în cantităţi mici şi nu se însoţesc de scădere în greutate se continuă alăptarea. Se va urmări şi se va corecta tehnica alăptării.

La apariţia bruscă a unor vărsături mai numeroase se suspendă o masă de lapte şi se înlocuieşte cu ceai, pentru a pune în repaus tubul digestiv. Poţiunile antivomitive şi sedative se vor administra numai la indicaţia medicului. Să nu se uite că vărsăturile pot fi primul semn al unei îmbolnăviri acute grave: dispepsie gravă, insolaţie, şoc caloric (prin supraîncălzire a camerei), intoxicaţie, meningită etc., sau a unei malformaţii congenitale (stenoza hipertrofică a pilorului etc.).

Falsa diaree. Aşa cum am amintit, mulţi sugari alimentaţi la sân prezintă în primele săptămâni, scaune dese, moi sau lichide, verzi, câteodată explozive. Aceste scaune apar de obicei la fiecare masă. Secundar, pielea din jurul anusului şi organelor genitale devine roşie, iritată, predispusă la infecţii. Dacă sugarul creşte şi are o stare generală bună nu se va lua nicio măsură dietetică sau de tratament medicamentos. Se va cerceta dacă nu este vorba de o supraalimentaţie prin supturi prea prelungite sau prea dese. Se va păstra o igienă riguroasă a pielii. Aplicaţiile locale de pudre sau creme se vor face cu discernământ la indicaţia medicului. ***Unguentele cu antibiotice au indicaţii rare.***

Alimentaţia naturală este primejduită în caz de tulburări digestive (diareeboală), când prin dietele de tranziţie (ceai, apă de orez, supă de morcovi) şi realimentare cu unele preparate de lapte (Humana H, Milupa HN 25 etc). Nu se întrerupe alăptarea, în astfel de situaţii, se va evacua regulat laptele din sân (prin muls), pentru a menţine secreţia lactată şi se va continua alimentaţia la sân. Din păcate, dietele instituite uneori pentru diarei uşoare sau chiar false diarei sunt la originea multor înţărcări precoce. ***Boala hemolitică a nou-născutului.*** Dacă nou născutul prezintă o formă de boală hemolitică prin incompatibilitate Rh sau grup sanguin, el poate fi alăptat de către mama sa, deoarece anticorpii care se găsesc – în cantitate mică – în lapte sunt distruşi de sucurile digestive. Contraindicarea alăptării este eronată.

Unele malformaţii ale gurii (gura de lup şi buza de iepure) sau ***encefalopatii grave*** fac imposibilă alăptarea. Mama este obligată să-şi extragă laptele şi să-l dea nou-născutului cu pipeta, cu sonda, cu linguriţa sau – mai târziu – cu biberonul.

Uniinou-născuţi adorm când sunt puşi la sân. Foamea îi trezeşte însă în momentul în care sunt aşezaţi în pat (mai puţin cald şi mai puţin moale decât în braţele mamei). Alţii, mai înfometaţi, mai vioi, mai viguroşi vor reacţiona cu vehemenţă dacă nu găsesc lapte suficient; ei ţipă, se zbat, îşi sucesc capul în toate părţile, încearcă din nou sânul, se enervează şi reîncep să urle.

Dacă sugarul se enervează încercaţi să-l puneţi după câteva minute la celălalt sân, unde laptele poate că vine mai uşor; dacă adoarme, mama va mişca încet mamelonul în gura nou-născutului cu tracţiuni de „du-te-vino”, sau va bate uşor cu un deget obrazul sau nasul acestuia.

În niciun caz nou-născutul nu va fi menţinut la sân mai mult de 20 – 30 de minute. Menţinerea prelungită a sugarului la sân îl face să-şi formeze un reflex de somn la sân şi ori de câte ori va fi pus să sugă va adormi imediat. Să nu uitaţi că este bine ca orice sugar să ajungă, de la început sau cu timpul, să sugă la intervale de 3 – 4 ore. Nu veţi reuşi niciodată acest lucru dacă-l veţi ţine în braţe mai mult de o jumătate de oră la fiecare masă. Acestea nu vor fi ore de supt, ci vor deveni ore de somn pentru sugar. Pus în pat, el simte imediat, se trezeşte, plânge, îi înduioşează pe toţi şi trece altcineva la rând să-l ţină în braţe. Partida este pierdută şi pentru sugar (care se va subnutr) şi pentru familie (care îşi va distruge tot programul, devenind sclava acestui mic tiran); cu timpul, toată familia (adulţi şi copil) va ajunge la o stare de nervozitate greu de depăşit. Este mai bine ca un astfel de sugar să fie lăsat să plângă (până la 1 – 2 ore pe zi), fiind pus la sân numai când este liniştit. Un sugar enervat şi obosit de plâns nu va suge niciodată cum trebuie.

2.5.1.6. Contraindicaţiile alimen f tatiei la sân Dintre acestea amintim unele boli grave ale mamei: tuberculoza, infestarea cu SIDA, insuficienţa cardiacă, ciroza, insuficienţele renale,

anemiile grave, cancerele, encefalopatiile, psihozele grave etc.

În încheiere insistăm cu afirmaţia că orice – născut îşi are felul său propriu de a primi şi folosi, că mama şi nou-născutul trebuie să „înveţe ca acest act de importanţă deosebită să se desfăşoare convenabil pentru amândoi. Mama este datoare să observe reacţiile sugarului şi să ştie că de echilibrul ei sufletesc depinde nu numai secreţia lactată, ci uşurinţa cu care vine laptele când nou-născutul este pus la sân. La unele mame, laptele curge din mameloane între supturi, iar atunci când nou-născutul este pus la piept, acesta plânge cu disperare trage fără să se golească sânul, deşi mama are lapte suficient. Pe de altă parte, după câteva săptămâni, unele mame observă că este suficient ca sugarul să plângă de foame, pentru ca laptele să se scurgă singur sân. Grijile şi nervozitatea micşorează secreţia lactată. Alăptarea decurge n, dacă mama este psihic echilibrată, răbdătoare şi dacă toată familia este conştientă că mamalauză are absolută nevoie de o atmosferă senină de familie şi de ajutor efectiv pentru evitarea suprasolicitării fizice şi psihice.

2.5.2. Regimul de viaţă şimentaţia mamei f

Alimentaţia mamei care alăptează. Sfaturile ce se dau mamei care alăptează sunt adesea un amestec pitoresc de fapte, de născociri, de obiceiuri, de fantezii destul de derutante.

Nu se impune un regim alimentar special al mamei. Este nevoie numai de o raţie alimentară echilibrată, cu o cantitate de lichide ceva mai mare, de cel puţin 1,5 litri. Raţia alimentară ideală

este de 2.500 calorii (cu 500 de calorii mai mult decât în perioada sarcinii):

– Un aport protidic constituit din 60 – 80 g (10 – 15% din bilanţul energetic), care să cuprindă îndeosebi lapte şi derivate, carne sau peşte, ouă;

– Un aport lipidic de 60 – 80 g (30 – 35% din nevoile energetice) sub formă de ulei vegetal (floarea-soarelui), unt sau margarină;

– Un aport glucidic de 340 g (50 – 55% din nevoile energetice) sub formă de zarzavaturi, fructe, făinoase, dulciuri.

Trebuie insistat asupra câtorva recomandări:

– În timpul alăptării, mama va consuma lichide (lapte, ceai, compot, apă etc.), necesare combaterii setei, uscăciunii mucoasei bucale şi senzaţiei de oboseală;

– Un aport de lichide de cel puţin

– Un aport lactat de 750 ml pe zi, sub formă de lapte sau derivate; brânzeturi, lapte sau iaurt;

– Femeia care alăptează poate să mănânce ce vrea! Singurele restricţii sunt: ***excesul de alcool*** (sunt interzise toate băuturile rafinate, vinul în cantitate mare; un pahar mic de vin natural sau de bere sunt binevenite); ***cafeaua şi ceaiul „chinezesc”*** (agită sugarul) şi ***tutunul.*** Toate acestea „trecute” în laptele de mamă, în proporţii diferite, sunt vătămătoare pentru sugar.

De asemenea, un număr însemnat de medicamente sunt contraindicate în caz de alăptare.

Unii (nu toţi î) sugari refuză să sugă dacă mama consumă alimente iuţi (ardei, piper) sau cu miros înţepător (ceapă, usturoi, unele condimente

sau salate).

În unele cărţi sunt diverse interdicţii, dintre care citǎm: ciocolata (agită, scaune mai moi?), unele alimente care dau un gust pronunţat laptelui: conopida, pătrunjelul, prazul. Din experienţa noastră sunt puţini sugari care se manifestă (refuzul de a suge, diaree etc.) după astfel de alimente. În schimb, cafeaua şi ceaiul agită, alcoolul îi face somnolenţi, tutunul are efecte de durată! mai degrabă, modul de a suge şi scaunele sugarului sunt influenţate când mama prezintă o colită sau intoleranţă la anumite alimente. De asemenea, în unele cazuri, leguminoasele (fasolea, lintea, mazărea uscată), varza, murăturile pot provoca unele tulburări ca: agitaţie, colici, scaune mai numeroase. Interzicerea vegetalelor (fructe, zarzavaturi) constituie o greşeală.

La mamele care au prezentat o anemie feriprivă în timpul sarcinii se va recomanda un regim alimentar cu carne de două ori pe zi (ficatul conţine mult fier), peşte, ouă. Eventual medicul va recomanda un medicament cu fier. La cele cu lipsă de calciu şi/sau magneziu, pe lângă lactate (de trei ori pe zi) se va recomanda un medicament cu calciu şi magneziu.

Alimentaţia mamei care nu alăptează este obişnuită. La cele care au crescut în timpul sarcinii cu peste 12 kg este bine să se reducă aportul de alimente bogate în grăsimi (untul, şunca, slănina, uleiul, margarina), făinoasele, dulciurile, ciocolata, băuturile alcoolice, cartofii prăjiţi, sarea. ***Igiena de*** viaţă1 trebuie să fie

simplă: mers pe jos, somn 8 – 10 ore cu o siestă după-amiază. Relaţiile1

1 Vezi şi capitolul „Lehuzia”.

sexuale sunt, bineînţeles, posibile după cca. 45 de zile după naştere, dar cu măsuri anticoncepţionale. Este sigur că alăptarea joacă un rol statistic în distanţarea naşterilor, dar la nivel individual este prudent să nu se acorde prea multă încredere cifrelor, sfătuindu-se orice mamă că sarcina poate surveni şi în cazul în care alăptează.

Vitamine. Mulţi medici recomandă mamelor care alăptează vitamine sub formă de tablete, drajeuri sau picături. Dacă alimentaţia este echilibrată, aşa cum să recomandat mai sus, aportul de vitamine pe această cale este suficient, în afară de vitamina D, care trebuie luată de mamă, la recomandarea medicului (în doze zilnice de circa 1 O O O u.i. sau doze mari pe o durată de câteva săptămâni).

Ce medicamente se elimină prin lapte. Mama nu va lua niciun medicament din proprie iniţiativă, ci va consulta medicul pediatru care îngrijeşte sugarul.

Constipaţia mamei va fi combătută cu fructe, vegetale (crude sau gătite) şi cu pâine neagră. Dintre alimentele care combat constipaţia amintim: mierea de albine, oul moale, prunele, perele, pâinea neagră, salatele de crudităţi, vegetalele în general. Purgativele, chiar în cantitate mică, trec în lapte, determinând scaune moi la sugar, colici sau refuzul sânului (laptele capătă gustul purgativului). Gimnastica are un

efect favorabil. Adaosul de pulbere de lactoză (se procură de la farmacie) în lapte are efecte favorabile. ***Factorii psihologici*** sunt foarte importanţi: necazurile, starea de tensiune din familie pot determina oprirea secreţiei lactate. Mamele sunt foarte îngrijorate când sugarul plânge, este somnolent, strănută sau regurgitează; sunt dispuse să dea crezare afirmaţiei că laptele este insuficient cantitativ sau calitativ. Unele mame nu pot alăpta sugarul cu altcineva de faţă. Am mai scris acest lucru şi-l repetăm. ***Îmbrăcămintea mamei.*** Cu ocazia tuturor manevrelor de îngrijire a sugarului este bine ca mama să poarte un halat curat de culoare deschisă, care să nu fie îmbrăcat când face alte treburi gospodăreşti. Va purta cămăşi de bumbac şi rochii care se încheie în faţă. Nu sunt recomandate fustele, cordoanele, rochiile, sutienele strânse. Lenjeria va fi curată, schimbată zilnic. Nu se poartă lenjerie din fire sintetice.

Dacă este răcită, mama poate hrăni şi îngriji sugarul? Când mama are guturai, este răguşită sau simte o jenă în gât se anunţă începutul unei „răceli”. În acest caz, ea va purta o mască la gură şi la nas ori de câte ori se apropie de sugar, deoarece la această vârstă este foarte receptiv la orice boală. Masca se confecţionează dintr-o bucată de pânză sau de tifon, care se pune în două şi se coase ca un buzunar, în interiorul căruia se introduce o bucată de material plastic. La cele patru colţuri se coase câte un şiret cu care masca se leagă în jurul capului.

Igiena corporală. Mama va face duş zilnic, în timpul duşului va folosi săpunuri neiritante; va insista îndeosebi la plicile (cutele pielii): sub sâni, axile, regiunile inghinale, cutele de la gât (în general, zonele ce transpiră mult). Lăuza nu este încă restabilită aşa că în timpul îmbăierii sunt utile câteva măsuri de prevedere:

– Pentru a evita căderile prin alunecare, lângă cadă se plasează un covoraş sau un grătar de lemn, iar în cadă se pune o bucată dintr-un covoraş vechi sau de stofă;

Îmbăierea se va face cu duş, nu în cadă;

– Apa de la duş nu va fi nici fierbinte şi nici prea rece:

– Cada se spală bine cu apă şi săpun înainte de folosire; dacă în familie sunt persoane cu infecţii cutanate este necesară şi dezinfecţia cu cloramină 1 %;

– Prosoapele şi cearşafurile de baie vor fi strict individuale;

– După baie se va folosi un prosop mai aspru (în frotir etc.) cu care se va „usca” orice urmă de umezeală; dacă mama are obişnuinţa, va face un masaj;

– După baie se foloseşte lenjerie curată.

Sânul (mamelonul, cutele de sub sâni) va spălat cu atenţie deosebită. Dacă există tendinţa ta, mama va sta cu sânul descoperi, aer, de 2 – 3 ori pe zi câte 1/2 de oră. Înainte de fiecare manevră de îngrijire a, mama se va spăla bine pe mâini; unghiile se taie la două zile şi se spală o dată pe zi cu periuţa de unghii.

Nu se folosesc deodorante (obstinează porii pielii) şi nici parfumuri cu miros ţipător.

Trebuie acordată o grijă deosebită ***igienei dinţilor (***spălarea zilnică, tratarea cariilor; dacă este posibil, administrarea de preparate cu calciu şi fluor).

Va fi evitată oboseala. Munca fizică excesivă, lipsa de odihnă de noapte, viaţa complicată de familie (vizite etc.), îngrijirea copiilor mai mari, lipsa de colaborare a soţului la problemele de gospodărie şi de îngrijire a sugarului etc, sunt câţiva din factorii care duc la epuizarea fizică a mamei, cu consecinţe serioase asupra sănătăţii sale.

Odată cu reluarea activităţii de toate zilele (gospodărie, obligaţii sociale), secreţia lactată poate să scadă. Este necesară mai multă odihnă. Se va face tot posibilul ca să intre în obişnuinţă un somn după masa de prânz şi nu se vor executa munci grele în gospodărie (spălatul rufelor pentru toată familia, curăţenia generală, spoitul pereţilor, ridicarea de greutăţi etc.). Asemenea treburi se amână sau, cel puţin, se fac într-un ritm lent, chiar dacă mama are impresia că şi-a redobândit puterea necesară.

În orice familie se va improviza o „masă de înfăşat”, într-un colţ al camerei sugarului se va plasa o masă obişnuită de înălţime convenabilă pe care se va pune o pătură ce se acoperă cu un plastic şi un cearşaf sau un scutec mare. Pe această masă se vor face toate manevrele de îngrijire ale sugarului; mama nu trebuie obligată să se aplece sau să se ocupe de sugar în poziţie

incomodă. Pentru uşurarea muncii, pe colţurile mesei (situate la perete) se pun obiectele de uz curent: scutece, cămăşuţe, unguente etc. De asemenea, planul orizontal şi dur al mesei permite o îngrijire mult mai eficientă, cu condiţii optime pentru poziţia corpului şi mişcările sugarului. Mama va fi mai puţin solicitată, se evită durerile de „şale", oasele bazinului şi organele abdominale vor veni mai repede la poziţia dinaintea sarcinii. ***Sugarul poate fi lăsat singur?*** Sugarul nu trebuie lăsat ***niciodată*** singur în casă, în momentul în care medicul îi permite mamei să facă plimbări, se va apela la o rudă sau altă persoană de încredere, cu simţul răspunderii. După o plimbare sau o vizită la o familie de prieteni, mama se va simţi mai în putere şi se va ocupa cu un elan crescut de copil şi de restul familiei.

2.5.3. Alimentaţia zisă „artificială" cu lapte de vacă (preparate industriale de lapte praf)

Cel mai bun aliment pentru puiul de om este laptele de mamă. Este un adevăr recunoscut de toată lumea. Există însă multe situaţii în care alimentaţia la sân nu este posibilă şi atunci este nevoie ca de la început să se treacă la alimentaţia cu preparate de lapte. Progresele extraordinare survenite în elaborarea unor produse industriale de lactate pentru copii cât şi a mijloacelor puse la dispoziţie de civilizaţie (refrigerare, conservare, ambalare etc.) au făcut ca riscurile ce le implica pe vremuri alimentaţia artificială a sugarului să scadă mult.

Produsele de lapte denumite „formule pentru

sugari”, respectiv „adaptate şi parţial adaptate” se apropie mult de laptele uman. Totuşi, nu se vor putea înlocui substanţele de apărare (anticorpi, hormoni) conţinute în laptele uman, în stadiul actual al cunoştinţelor şi progreselor industriei pentru produse lactate, în condiţiile unei familii înstărite şi instruite, nou-născuţii sănătoşi alimentaţi artificial se dezvoltă, cel puţin aparent, tot la fel ca sugarii hrăniţi la sân. Sugarii hrăniţi cu produse de lapte praf nu vor fi mai puţin inteligenţi, mai puţin precoce sau mai greu de crescut şi educat. Ei sunt numai privaţi de o anumită securitate biologică dată de natură. Pe de altă parte, în familiile nefavorizate (economic, educativ etc.) riscurile sunt mai mari pentru sugarul hrănit artificial.

Se pare că nou-născutul la termen nu are nevoie absolută de anticorpii, de hormonii şi de celulele vii conţinute de laptele de mamă, deoarece el are stocată o anumită cantitate încă din timpul sarcinii. La prematuri şi dismaturi rezervele în aceşti constituenţi sunt mai mici.

Trebuie reamintit că în sănătatea sugarului intervin şi alţi factori (copil dorit, ereditate, igienă, educaţie, civilizaţie, mediu rural sau urban, tradiţie etc.) care trebuie luaţi în seamă atunci când este vorba de alegerea laptelui. Alimentaţia artificială cu lapte de vacă modificat sau preparate industriale este încununată de succes, când se aplică bine recomandările în ceea ce priveşte concentraţiile laptelui şi se respectă riguros o igienă corectă în păstrarea, prepararea şi administrarea laptelui. ***Absolut necesar ar fi ca***

orice familie cu copil mic să aibă frigider, iar ideal ar fi să se folosească produse adaptate sau parţial adaptate. Laptele de vacă este expus la murdărie sau la infectare înainte de a ajunge la sugar. Uneori, chiar într-un lapte foarte proaspăt, se găsesc impurităţi vizibile cu ochiul liber. Un astfel de lapte trebuie trecut printr-o strecurătoare cu sită fină, pusă într-o pâlnie sterilă. Oricât de corect ar fi fost recoltat şi manipulat, laptele conţine un mare număr de microbi. Aceşti microbi ajung în lapte încă din timpul mulsului şi se înmulţesc extrem de repede în orele care urmează. Este vorba, îndeosebi, de germenii fermentaţiei lactice care, atunci când sunt numeroşi fac să se acrească laptele. Aceasta se întâmplă în special în timpul verii. Cu cât temperatura la care se păstrează laptele este mai ridicată şi cu cât se întârzie consumul, cu atât mai mare va fi numărul de germeni pe care îi va conţine. De aceea, este foarte important ca laptele să se fiarbă imediat după ce a fost muls, să se păstreze la frigider şi să se consume cât mai repede. Alături de aceşti germeni (care nu sunt periculoşi prin ei înşişi), în lapte poate să se găsească şi o altă categorie de germeni, aceia care provoacă bolile. Cei mai frecvenţi sunt microbii care provoacă diaree (grupul Salmonella, bacili coli şi bacilii dizenteriei).

Laptele de v<că nu va fi dat niciodată nefiert sugarului. Un lapte bun pentru copii trebuie să provină de la vaci sănătoase şi curate. Este necesar ca persoana care mulge vaca să fie sănătoasă, să nu prezinte infecţii ale pielii, înainte

de muls, mâinile se spală până la coate cu apă caldă şi săpun, după care se şterg cu un prosop curat. De asemenea, se îmbracă un halat curat. Ugerul vacii se spală cu apă şi săpun, se limpezeşte şi se şterge cu o pânză curată, pentru a evita scurgerea lichidului de spălătură în lapte. Pentru recoltat se folosesc numai vase din metal inoxidabil sau emailate, cu capac, în gospodăriile individuale ţărăneşti se pot folosi oalele de pământ smălţuite. Vasele se păstrează în dulapuri închise, ferite de praf; înainte de folosire se opăresc. După întrebuinţare se clătesc imediat cu un jet de apă rece, apoi se spală cu apă caldă şi sodă sau detergenţi, se clătesc şi se pun la uscat cu gura în jos, în dulapuri, pe suporturi speciale, curate.

Imediat după ce este muls, laptele se răceşte brusc (se pune vasul într-o căldare cu apă rece sau direct în frigider). Este de preferat laptele amestecat (provenit de la mai multe vaci), deoarece compoziţia sa este mai constantă. Laptele va fi ridicat seara şi dimineaţa (imediat după muls) şi va fi folosit în mod obligatoriu în decurs de 12 – 24 ore (laptele muls dimineaţa se foloseşte la mesele din timpul zilei, iar cel de seara la mesele de după ora 19).

În ţara noastră laptele de vacă poate fi obţinut sub diferite forme: direct de la producător sau de la magazine, unde se vinde lapte pasteurizat, ambalat în recipiente de plastic, de carton sau de sticlă.

2.5.3.1. Fierberea laptelui

Fie că este pasteurizat, fie că este proaspăt,

laptele se fierbe imediat după ce a fost procurat. Fierberea se face în vase de oţel sau emailate2

2 Se pot folosi vase de aluminiu sau de oţel

Se va folosi totdeauna aceeaşi cratiţă, având grijă a o clăti cu apă rece înainte de a pune laptele la fiert, pentru ca acesta să nu se lipească de fundul cratiţei. În timp ce fierbe, laptele se amestecă cu o lingură pentru ca să nu se formeze pojghiţă la suprafaţă (laptele se „umflă”) – Laptele trebuie fiert 10 minute. Se răceşte apoi brusc. Fierberea omoară microbii patogeni (producători de boli) şi microbii fermentaţiei lactice. Păstrarea laptelui în condiţiile cele mai bune se face, fireşte, într-un frigider care funcţionează bine; în lipsă, o pivniţă rece este suficientă.

Laptele poate fi utilizat cel mult 24 ore de la fierbere; după depăşirea acestui termen, el nu mai poate fi dat sugarului.

2.5.3.2. Obiecte necesare în alimentaţia artificială

Pentru alimentaţia artificială a sugarului îngrijit în familie sunt necesare:

– Biberoane. Se cumpără de la început 8 – 10 biberoane. Se procură mai multe, deoarece se sparg destul de repede în timpul manipulării şi fierberii. Zilnic se utilizează 6 – 8 biberoane: 5 – 6 pentru lapte, 1 pentru ceai, 1 pentru sucul de fructe, 1 pentru lichidul de diluţie (vezi şi punctul următor).

– Tetine. Este nevoie de 10 – 12 tetine. Vezi pagina următoare.

– 1 vas emailat sau din oţel special (Zepter etc.), cu capacitatea de 3 – 4.1, în care se fierb şi

se păstrează biberoane le şi un altul de 1 – 2 litri pentru sterilizarea şi păstrarea tetinelor şi suzetelor; cu perete dublu şi cu un dispozitiv care semnalizează începutul fierberii.

– 2 – 3 vase emailate mai mici pentru păstrarea linguriţei, pregătirea diluţiei laptelui etc.

2 perii pentru spălarea biberoanelor;

– 1 ***pâlnie*** pentru turnarea laptelui în biberoane; 1 sită deasă;

– O cratiţă cu pereţi dubli pentru fierberea

– 1 – 3 linguriţe (una cu coada lungă pentru folosirea la amestec, iar altele mai mici pentru măsurarea zahărului şi siropului);

– 1 râzătoare de sticlă;

– ***1 cutie cu bucăţi de tifon sterile,*** cu care se acoperă vasele şi obiectele sterile;

– 1 măsură de 5 g;

– ***1 frigider*** (de mare importanţă!);

– ***1 cuţit*** pentru a nivela zahărul şi praful de lapte din linguriţă;

– ***1 recipient gradat*** pentru măsurat anumite alimente;

– ***1 termos*** necesar pentru călătorii sau plimbări mai lungi;

– 7 mixer;

– 2 ***cutii din plastic cu capac,*** suficient de mari pentru a cuprinde comod jumătate din inventarul pentru „bucătăria” copilului;

– 1 ***tel*** pentru amestecul pireului, untului sau uleiului;

– ***1 pensă mare*** sau 7 ***„cleşte”*** cu care se scot tetinele şi biberoanele din vasul în care se păstrează sterilizate (fierte).

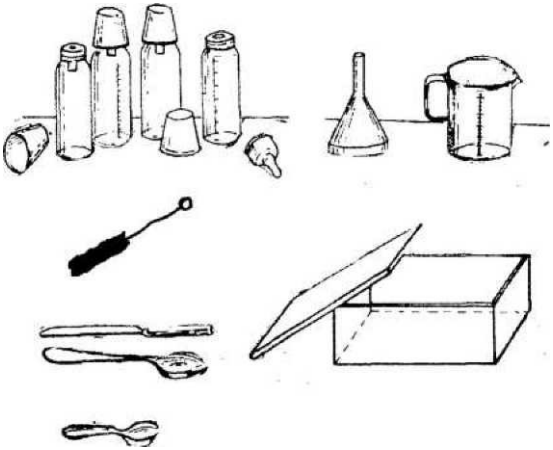


Fig. 2.46 – Câteva obiecte necesare pentru alimentaţia sugarului: biberoane, teii ne capace pentru biberoane, cuţit, linguriţă, pâlnie, perie pentru sticlă, recipient gradat, cutie din plastic cu capac.

Biberonul este o sticluţă de formă cilindrică, cu capacitate de 250 ml, fabricat din sticlă transparentă, care rezistă la fierbere. Biberoanele din sticlă de Jena sunt mai rezistente la schimbările bruşte de temperatură, dar sunt mai scumpe. În ultimul timp au apărut noi tipuri de biberoane, din materiale speciale, cu gât mai larg şi cu un dispozitiv special de înşurubare pentru fixarea unui capac sau a tetinei. Pe peretele exterior al biberonului sunt gradate citeţ linii care indică diviziunile de 10 ml, iar din 50 în 50 ml sunt gravate şi cifrele corespunzătoare.

Fig. 2.47 – Biberoanele cu gâtul larg şi cu ghivent sunt mai practice.

Îngrijirea şi mânuirea corectă a biberonului şi tetinei constituie condiţii de bază pentru păstrarea igienei alimentaţiei şi evitarea îmbolnăvirii sugarului de diaree. După fiecare masă, biberonul se clăteşte de mai multe ori cu apă rece, pentru a se înlătura toate resturile de lapte lipite pe pereţii lui. Dacă biberoanele nu se clătesc imediat, resturile de lapte se îndepărtează foarte greu. Nu este permis să se lase biberonul plin cu apă, pentru a fi clătit ulterior, întrucât eventualele bacterii aflate în apă se înmulţesc repede. Mai târziu, când va avea timp, mama va spăla biberonul cu apă caldă şi săpun sau detergenţi, cu ajutorul unei perii speciale, insistând în special în regiunea de sub gât şi la şanţul circular care separă fundul de pereţii laterali, unde pot rămâne grunji de lapte. Apoi se va clăti de mai multe ori cu apă fierbinte şi îl va pune cu gura în jos la

uscat, pe un prosop curat sau pe un portsticlă (rastel) special.

Fig. 2.48 – Spălarea biberonului.

Tetinele. În ultimul timp au apărut tot felul de modele. Tetinele sunt confecţionate din cauciuc, din material plastic sau silicon. Tetinele din silicon sunt mai scumpe dar rezistă mai bine la sterilizare1. Sunt necesare în permanenţă 10 – 12 tetine, deoarece se degradează destul de uşor (prin spălare, fierbere sau chiar de la perforare). Se folosesc modele care se pot întoarce, ca un deget de mănuşă pentru a fi curăţate. Se aleg mărimile care se aplică perfect la gâtul

biberonului, respectiv; cele mai largi riscă să se detaşeze uşor, să permită scurgerea laptelui sau pătrunderea aerului în biberon. Cele mai bune sunt cele care se fixează pe biberon prin înşurubare.

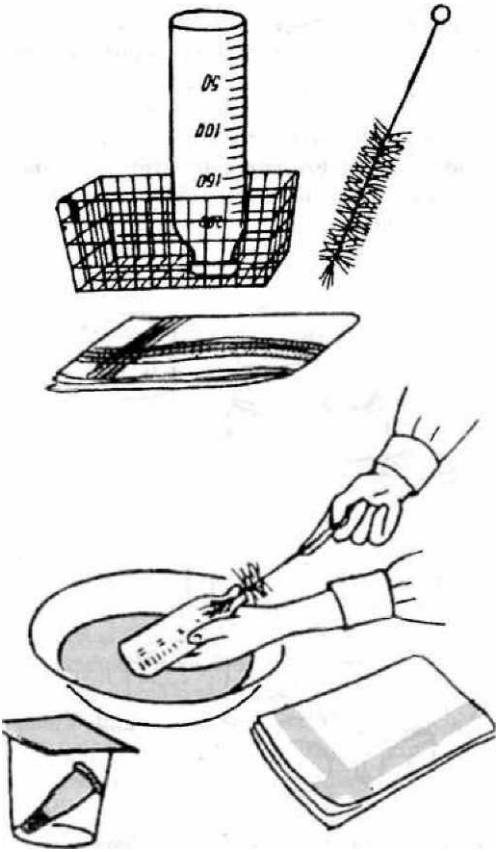


Fig. ***2.48*** – Spălarea biberonului.

Tetinele, în ultimul timp au apărut tot felul de modele.

Tetinele sunt confecţionate din cauciuc, din material plastic sau silicon. Tetinele din silicon sunt mai scumpe dar rezistă mai bine la sterilizare1. Sunt necesare în permanenţă 10 – 12 tetine, deoarece se degradează destul de uşor

(prin spălare, fierbere sau chiar de la perforare). Se folosesc modele care se pot întoarce, ca un deget de mănuşă pentru a fi curăţate. Se aleg mărimile care se aplică perfect la gâtul biberonului, respectiv; cele mai largi riscă să se detaşeze uşor, să permită scurgerea laptelui sau pătrunderea aerului în biberon. Cele mai bune sunt cele care se fixează pe biberon prin înşurubare.

Tetinele noi de cauciuc se freacă cu sare şi se fierb învelite în tifon, pentru ca să le dispară mirosul. După folosire, tetina se spală imediat sub jet de apă mai întâi rece şi apoi – dacă este posibil – caldă. Se întoarce ca un deget de mănuşă şi se freacă cu o perie până se înlătură şi ultimele resturi de aliment. Se clăteşte bine, se scutură pentru a se scurge toată apa, se zvântă, se aşază pe un platou de sticlă şi se acoperă cu un capac sterilizat sub formă de con pentru a se feri de praf.

Sterilizarea se face prin fierbere sau prin metode chimice, în familie sterilizarea se face prin fierbere. Aceasta trebuie să dureze circa 25 minute, din care 5 minute în clocot pentru a distruge microbii cei mai periculoşi. Puţine mame au răbdarea de a prelungi atât de mult fierberea şi cea mai mare parte se mulţumesc să se oprească la primul clocot. De altminteri, cu timpul, tetinele devin moi, lipicioase, iar pe pereţii biberoanelor se formează depozite de calcar. Pentru a evita formarea acestor straturi alburii pe pereţii de sticlă ai biberoanelor se pun câteva picături de oţet în apă. Pentru creşterea durabilităţii, tetinele

se pun la fiert într-o bucată de pânză sau se opăresc fie într-o strecurătoare, fie într-un vas cu un dispozitiv perforat (dublu fund, cel de sus situat la jumătatea vasului) şi acoperit cu un capac. Apa clocotită emană vapori fierbinţi care sterilizează tetinele puse pe dispozitivul perforat situat la treimea inferioară a vasului. Dacă se procură tetine fără găuri, perforarea se va face de către mamă cu ajutorul unui ac de cusut, care se fixează pe un dop de plută; acul se înroşeşte la o flacără şi apoi se înţeapă în conul tetinei.

1 Sub numele generic de silicon, se înţelege un grup de substanţe analoage cu corpii organici în care siliciul înlocuieşte carbonul.

Dimensiunile orificiilor sunt potrivite atunci când, răsturnând cu gura în jos biberonul umplut, cu tetina fixată, laptele se scurge câteva secunde în jet continuu, foarte subţire şi apoi curge picătură cu picătură. Dacă laptele continuă să curgă în jet continuu înseamnă că orificul este prea larg; dacă după prima perforare orificiul este strâmt şi laptele nu se scurge în mod mulţumitor, se înroşeşte din nou acul şi se lărgeşte orificiul cu prudenţă. Nu se foloseşte niciodată un ac prea gros. Sugarii prea mici, fără putere, sunt stânjeniţi la supt când se folosesc tetine cu un singur orificiu; la aceste tetine se va face un orificiu suplimentar sau se vor folosi tetine cu mai multe orificii („în triunghi”, de preferat sau „în cruce”). Dacă orificiul rezultat este prea larg, nu se aruncă tetina respectivă, ci va fi folosită mai târziu când sugarul va primi alimente mai consistente (supa mixată, lapte cu adaosuri etc.). Dacă orificiul este

prea larg, laptele se scurge cu viteză, iar sugarul, neputând înghiţi repede, poate să se sufoce prin „falsă cale” (laptele pătrunde în trahee).

Recent au apărut tetine gata perforate cu una, două, trei sau chiar patru orificii dispuse variat în „triunghi”, „în cruce” sau „în linie dreaptă”. Tetinele cu trei găuri, dispuse în „triunghi” par cele mai practice şi se potrivesc la majoritatea sugarilor. Altele au dispozitive care reglează dimensiunile şi ritmul picăturilor (cu 2 sau 3 trepte: I, II ŞI III). ***Celelalte ustensile necesare*** în alimentaţia artificială se spală, după utilizare, în jet de apă şi se opăresc înainte de folosire.

O dată în 24 de ore se spală cu soluţie de săpun sau cu detergenţi speciali limpezindu-se bine după aceea cu apă caldă. Vesela copilului se depozitează în dulapul de veselă, într-un loc anume destinat, la îndemână, pentru ca mama să nu piardă vremea căutând o; nu se va amesteca cu vesela restului familiei.

Obiecte de măsurat şi cântărit. Pentru pregătirea diferitelor preparate dietetice este necesară măsurarea şi, uneori, cântărirea alimentelor. În lipsa unor vase de măsurat lichidele, se va folosi un biberon.

Măsurarea cu lingura sau cu o cană nu este niciodată precisă; se va adopta, la nevoie, numai ca o soluţie de compromis. Pentru orientarea aproximativă se pot folosi, la nevoie, următoarele unităţi de măsură:

1 linguriţă de ceai = aproximativ 5 ml 1 lingură mare (supă) = aproximativ 15 ml 1 pahar

vin = aproximativ 90 – 80 ml 1 lingură mijlocie = aproximativ 10 ml 1 ceaşcă de cafea = aproximativ 100 ml 1 farfurie de supă = aproximativ 200 ml în medie, 1 lingură mare (de supă) rasă conţine:

10 g făină de grâu – 10 g mălai 10 g fulgi ovăz – 10 g pesmeţi pisaţi 10 g griş – 15 g făină de orez 10 g boabe de orez – 20 g zahăr Produsele de lapte pentru sugari sunt însoţite de o linguriţămăsură cu care se prepară diluţia de lapte.

2.5.3.3. Consideraţii generale asupra alimentaţiei artificiale Eforturile pediatrilor dintotdeauna au tins să realizeze prin alimentaţia artificială creşterea şi dezvoltarea sugarului la fel de bună ca şi cu laptele de mamă. Preparatele industriale sunt de bună calitate, au compoziţie constantă şi pot fi procurate în cantităţi mari.

Nemodificat, laptele de vacă prezintă mari deosebiri faţă de laptele uman. Cantitativ are trei dezavantaje mari: proteinele (cazeina) şi sărurile minerale sunt în cantitate prea mare (de 3,5 or), iar hidrocarbonatele (lactoza) în cantitate prea mică. De asemenea, sunt mari deosebiri în ce priveşte structura, proprietăţile şi calităţile biologice ale unor principii nutritive de bază (proteine, grăsimi), precum şi în proporţia dintre diferite minerale. Folosirea laptelui de vacă sau de capră (nemodificat) sau a unor produse industriale de lapte integral ar duce la suprasolicitarea organismului (digestie, metabolism, excreţie) nou-născutului şi sugarului mic, cu riscul unor tulburări grave. Având în vedere aceste deosebiri

şi neajunsuri, pediatrii au preconizat de-a lungul timpului diferite modificări pentru realizarea unor preparate în care laptele de vacă să se apropie de laptele uman. Amintim câteva din modificările ce sau impus pentru a transforma laptele de vacă în vederea adaptării la posibilităţile şi nevoile nou-născutului şi sugarului mic. Diluţia este prima tentativă de corectare a laptelui de vacă, sau de capră la nevoile sugarului mic. Prin adaosul de apă (1/2,2/3,3/4) scade cantitatea de proteine şi de săruri minerale, ceea ce uşurează sarcinile de digestie, asimilaţie şi excreţie ale organismului nou născutului atunci când este alimentat cu lapte de vacă, dar se reduc procentual hidrocarbonatele (lactoza) şi grăsimile. Zahararea. Prin diluare se reduc şi mai mult hidrocarbonatele (48 g/1 în laptele de vacă faţă de 68 g/1 în laptele uman), ceea ce duce la obţinerea unui preparat dezechilibrat, cu o cantitate prea mică de hidrocarbonate (care sunt sursa de energie cea mai importantă şi cea mai uşor de utilizat de către organism). De aceea s-a impus corectarea acestui neajuns prin adaos de zahăr sau glucoză („primul hidrocarbonat”) şi de amidonuri (orez, zeamil etc., denumite convenţional „cel de al doilea hidrocarbonat”). Pentru această suplimentare în hidrocarbonate a laptelui de vacă, în dietetica tradiţională clasică sa impus şi a rămasza Mr ***area,*** într-adevăr zahărul s-a dovedit ca fiind cel mai bine tolerat dintre hidrocarbonate, uşor de mânuit şi mai ales cel mai ieftin. Dextrin-maltoza este mai bine tolerată decât zahărul, dar nu este încă folosită la nivel casnic, ci mai mult ca adaos

la produsele industriale. Trebuie amintit însă că hidrocarbonatele din lapte sunt reprezentate de lactoză. Adaosul celui de al doilea hidrocarbonat s-a făcut pentru ca unele componente ale laptelui de vacă să fie mai uşor de digerat. Acest adaos s-a făcut prin orez (combate tendinţa la diaree), porumb, cele mai potrivite pentru nevoile nutritive ale sugarului, fiind lipsite de gluten. Orezul este constipant, iar porumbul este uşor laxativ, în preparatele adaptate1 să renunţat la adaosul de zahăr şi amidonuri, singurul hidrocarbonat admis fiind lactoza. Pentru a fi folosit fără riscuri, la nou născut şi sugar, laptele de vacă se diluează şi se zahărează după sfatul medicului.

Acidificarea (acid lactic, acid citric etc.) avea ca scop modificarea cazeinei şi emulsionarea lipidelor. Preparatele acidifiate se folosesc mai puţin, în ultimul timp au apărut unele produse adaptate sau parţial adaptate (mai ales), acidifiate.

Degresarea sa folosit, socotindu-se că grăsimile din laptele de vacă sunt vătămătoare, într-adevăr, grăsimile din lapte de vacă sunt deosebite faţă de cele din laptele uman, în prezent, preparatele adaptate sau parţial adaptate din laptele de vacă se înlocuiesc parţial cu grăsimi vegetale (floarea-soarelui), care se aseamănă în ceea ce priveşte compoziţia chimică şi digestibilitatea cu cele din laptele uman. Superioritatea „formulelor” pentru sugari (preparatele adaptate şi parţial adaptate) faţă de alte produse industriale şi mai ales faţă de laptele de vacă proaspăt este netă. S-a dovedit că

folosirea laptelui de vacă procurat fie de la producători, fie din comerţ, implică mult mai multe riscuri decât celelalte preparate industriale de lapte. Prin diferitele procedee industriale, pe lângă sterilitatea garantată şi compoziţie constantă, laptele praf capătă o serie de însuşiri care îi conferă o superioritate netă faţă de laptele de vacă. Dintre preparatele de lapte praf sunt de preferat cele adaptate şi/sau parţial adaptate (Aptamil1, Milumil 1, Nutrilon, Nan, Beba 1, Similac, A pond etc.). Acestea sunt mai puţin consistente (mai „apătoase") şi de aceea unele mame cred că sugarul nu se satură.

Adaptarea individuală. Ca linie generală de conduită, pe lângă criteriile clasice, de vârstă şi greutate, trebuie să se ţină seama de:

Apetitul şi preferinţele ***– Posibilităţile de aprovizionare ale familiei*** (venit, sezon, mediu rural sau urban etc.);

– Gradul de instrucţie al părinţilor;

– Gradul de civilizaţie şi igienă (spaţiu locativ, curăţenia în casă, frigider, obiecte de preparare a alimentelor pentru sugar, obiceiuri culinare).

Nu există un regim standard valabil pentru toţi copiii de aceeaşi vârstă sau cu aceeaşi greutate. Nici chiar apetitul sau greutatea nu sunt criterii absolut obligatorii. Aceasta nu înseamnă că normele de dietetică a sugarului, rezultate dintr-o experienţă îndelungată şi din cercetări ştiinţifice să fie substituite cu fantezia. Dimpotrivă, raţia medie alimentară fixată de medicul sugarului constituie singura cale de

urmat!

Alimentaţia se fixează în funcţie de reacţiile individuale, starea de sănătate a sugarului şi de standardul de viaţă ai familiei.

Dialog între mamă şi cadrele medicale. Mama trebuie să-şi însuşească o tehnică în pregătirea şi administrarea alimentelor sugarilor, cu respectarea riguroasă a regulilor de igienă. Este absolut necesar un dialog permanent în care medicul să aibă timp să „asculte pe copil” prin reacţiile descrise de mamă. Medicul de familie ajutat de asistenta de familie trebuie să discute îndelung cu mama şi se facă să priceapă, pe înţelesul ei, cum trebuie să procedeze. Pe lângă însuşirea tehnicii alimentaţiei, mama este datoare să ştie să-şi observe copilul şi să nu aplice totul orbeşte, ci în funcţie de nevoile personale ale acestuia.

În mediul rural se va încerca instituirea şi prelungirea alimentaţiei la sân, în lipsa acesteia, ideal ar fi ca în primele luni să se asigure un produs adaptat. Dacă nu este posibil nici această ultimă soluţie, se va apela (forţat) la laptele de vacă în diluţii progresive cu adaos de zahăr (întâiul hidrocarbonat) şi apa de orez (al II-lea).

Alegerea preparatelor de lapte pentru nou-născut

A. Folosirea produselor denumite „formula” la nou-născutul la termen şi la sugar

1 Numite în literatura anglo-saxonă „formule”. Multă vreme alimentaţia sugarului să sprijinit pe intuiţii, tradiţii şi observaţii empirice. Cercetările ştiinţifice bazate pe studiul fiziologiei

copilului, al diverselor alimente folosibile la sugar şi copilul mic, precum şi progresele tehnice ale industriei alimentare au dus la schimbări dramatice în alimentaţia copilului şi mai ales a sugarului. S-a ajuns astfel la producerea

TABELUL 21

TIPURI DE INFANT FORMULA

INFANT FORMULA (formule pentru sugari)	1 Această denumire este fixată de „the Scientific Commitee for Food of the Commission of the European Communities (1991 – 1993)" şi de „the ESPAGN Commitee în Nutrition (1990 – 1993)" (formule pentru sugari). Se recomandă în primul an de viaţă şi includ în Europa produsele denumite: — " *adapted formula"* (formule sau produse adaptate) — " *parţially adapted formula"* (formule sau produse *parţial adaptate)* — „antigenreduced *tigenic)* formula" (formule hipoalergice/ hipoantigenice).
FOLLOW-UP FORMULA (formule de continuare)	— Pentru sugari şi copii în vârstă de 5 luni – 3 ani („ESPAGN", 1990) Ulterior s-a hotărât ca aceste produse să fie folosite numai la sugari în vârstă de 5 – 12 luni (European Communities Commission – Directives of 14 May, 1991). Practic aceste produse se folosesc până la vârsta de

	un an.

unor lăptari care sunt mai apropiate calitativ de laptele uman. Cercetările şi experienţele diferitelor instituţii naţionale şi internaţionale au fost analizate şi apoi comunicate de către foruri, congrese şi conferinţe internaţionale sub formă de recomandări, în tabelele 2.1. Şi 2.2 sunt sintetizate denumirile şi recomandările acestor produse.

Aceste „formule” pentru nou-născuţi şi sugari se caracterizează prin următoarele modificări:

– Reducerea proteinelor (îndeosebi a cazeinei) şi completarea lor cu proteine din zer (lactalbumine şi lactoglobuline);

– Înlocuirea parţială a grăsimilor din laptele de vacă (compuse din acizi graşi saturaţi şi polinesaturaţi) cu grăsimi vegetale (ulei de floarea-soarelui etc.) care conţin – ca şi laptele uman – acizi graşi nesaturaţi şi polinesaturaţi;

Reducerea sărurilor minerale;

– Adaosul de lactoză (în formulele adaptate) sau de lactoză şi alte hidrocarbonate (glucoză, dextrin maltoză, din diverse făinuri de cereale sau de fructe şi zarzavaturi) la formulele parţial adaptate şi la cele hipoalergice/hipoantigenice şi de continuare (Followup formula).

TABELUL 2.2

FORMULE (PRODUSE) DE LAPTE DIN GRUPUL „INFANT FORMULA” (FORMULE PENTRU SUGARI) FOLOSITE ÎN

ALIMENTAŢIA SUGARULUI (0 – 1 AN) ÎN ŢARA NOASTRĂ, LA CARE NU ESTE POSIBILĂ

ALIMENTAŢIA LA SÂN

Luna Ila	A. ***Lăpturi de început*** („start”) folosite în primel luni de viaţă: a) ***Formule adaptate (europene):*** PreApta (Milupa), Prehumana (Humana) b) Formule parţial adaptate europene: Aptami Mii umil 1 (Milupa), Humana 1, Humana baby (Humana), Nan, Beba (Nestlă), Nutrilon premi c) Infant formula (denumirea americană): Simi (SUA). NUTRICARE special (Israel), Morin (Japonia). Bebelac inutricia)
Lunile II, III ŞI IV	La fel
De la 5 la 12 luni	B. Lăpturi de continuare (Followup – Form Folgen-Milch, deuxième age): a) Formule parţial – adaptate de continua Milumil 2, Aptamil 2, (Milupa), Humana 2, Hum; baby pt2 (Humana), Nan, Beba (Nestle), Nutri plus b) INFANT FORMULA (simple sau cu adaosu – denumire SUA: Similac, Nutri care Spec Morinaga. Remedia, Bebelac
Între 8 şi 12 luni	a) La fel ca între 5 şi 12 luni b) Milumil 2 şi a Milumil 3 c) Lapte praf „clasic” sau lapte de vacă d) Lăpturi adaos de cereale

NOTĂ. În mediul rural unde prin tradiţie şi din motive economice se foloseşte laptele de vacă, se poate folosi:

a) ***nou-născut:*** lapte de vacă 1/2 cu 5% zahăr (jumătate lapte + jumătate apă + 1 linguriţă de zahăr rasă la fiecare sută de grame fierte împreună)

b) ***între 1 lună şi 4 luni:*** 2/3 lapte + 1/3 apă + 5% zahăr fierte împreună, la care ideal ar fi să se adauge la urmă după fierbere 1/4 – 1/2 linguriţă de ulei de floarea-soarelui bine rafinat; c) ***între 5 şi 7 – 8 luni:*** lapte de vacă 3/4 + 1/4 apă (unii recomandă lapte de vacă nemodificat) + 5% zahăr + 5 g ulei; d) ***între 9 şi 12 luni:*** lapte de vacă integral + 5% zahăr + /2 – 4% cereale instant.

Tabelele 2.1 şi 2.2 se adresează medicilor şi asistentelor de familie.

Repetăm că numai în situaţiile în care nu este posibilă alimentaţia la sân, se va trece la alimentaţia „artificială” cu lapte de vacă sau cu produse industriale de lapte de vacă („formule” pentru sugari etc.).

1 Vezi şi tabelele 3.1, pag. 125,3.2, pag. 126 şi 3.3, pag 127. Dintre produsele de lapte praf, în caz că familia are un standard de viaţă corespunzător („formulele” de lapte sunt scumpe), se vor alege fără nicio ezitare formulele adaptate sau parţial adaptate, în familie se va continua cu produsul folosit în maternitate, dacă acesta se găseşte tot timpul în comerţ.

1. Formule pentru sugari adaptate şi parţial adaptate (de început şi de continuare).

Ideal ar fi să se înceapă cu un produs (formulă) adaptat „de început”. În Europa (Germania, Franţa, Elveţia, Austria) aceste produse sunt notate cu prefixul ***Pre*** (PreAptamil.

Prebeba, Prehumana etc.). La noi în ţară aceste preparate sau găsit periodic, pe durate scurte.

În practica obişnuită se folosesc formulele parţial adaptate „de durată” (Germania, Elveţia, Austria) sau „de prima vârstă” (Franţa) şi care în Occident sunt notate în general cu cifra 1 (Milumil 1, Nutrilon premium, Beba 1, Humana 1, Humana baby fit etc.). Dintre aceste produse, la noi în ţară se comercializează şi se găsesc în permanenţă Milumil 1, Nutrilon Premium, Humana 1, Humana baby fit. Aceleaşi firme pun la dispoziţie pentru sugarul peste 4 – 5 luni preparate notate cu cifra 2 (Milumil 2, Nutrilon plus, Humana 2, Humana baby fit, Aptamil 2, Nan, Beba etc.). Respectând normele americane, pe piaţa românească pentru alimentaţia sugarului se găsesc următoarele produse: Bebe lac (Nutricia), Similac, Nutricare (Israel), Morinaga (Japonia), care sunt recomandate ca formule generale pentru primele 12 luni de viaţă.

În general, produsele respective sunt fabricate cu un conţinut care trebuie să se încadreze în recomandările fixate de forurile internaţionale (ESPAGN etc.). Cu aproximaţie, concentraţiile diferitelor componente ale laptelui sunt următoarele (procente la 100 ml): 1,7 – 1,9 proteine, 3,3 – 3,6 g grăsimi, 8,2 – 8,6 hidraţi de carbon şi înjur de 70 kilocalorii (300 kilojoule).

2. Formule (produse hipoale tigenice)

Preparatele respective nu sunt decât lăpturi de prevenire în cadrul unui risc alergic crescut şi nu produse terapeutice. Ele pot fi folosite ca supliment la alăptarea maternă. Sunt formule hidrolizate, în funcţie de gradul de hidroliză a formulei sunt disponibile două tipuri, formulele complet hid li t i pp îţi „hipoantigenice" u „hipoalergenice". Formulele complet hidrolizate constituie baza tratamentului intoleranţelor la proteinele laptelui de vacă dar şi a unor forme clinice de enteropatie sau de malabsorbţie cronică. Formele complet hidrolizate pot fi încadrate în „lăpturi terapeutice" (Aflare, Nutrilon, Pepti-Junior).

3. ***Formule terapeutice.*** Aceste lăpturi sunt însoţite în Europa, în general, de litera H (de la cuvântul german ***heilen*** = a vindeca, a tămădui). În acest grup sar încadra produsele Milupa HN25 (Heilnahrung) şi Humana H. Se folosesc în caz de diaree, intoleranţă la unele componente ale laptelui (lactoza) sau alte dizaharide şi polizaharide precum şi unele malabsorbţii.

Lăpturile fără lactoză se folosesc în unele cazuri de intoleranţă la lactoză sau de galactozemie. În acest grup sunt cuprinse, printre altele, ***lăpturile pe baza de soia*** care au ca indicaţie vegetarismul şi unele boli metabolice. Folosirea laptelui de soia în cazuri de intoleranţă la proteinele laptelui de vacă nu mai este reţinută ca în trecut, căci este vorba adesea de

O alergie dublă la laptele de vacă şi la soia, în realitate, 25 – 30% din copiii alergici la proteinele

laptelui de vacă sunt sensibili şi la soia (Nutrilon-Soja – Olanda); AII 10, (Nestle), Nutricaresoja – Israel; ISO mi-l – SUA).

4„. ***Formule" pentru nou-născuţi prematuri*** ş/sau ***greutate mică la naştere.*** La prematuri capacitatea gastrică este limitată şi de aceea trebuie să se dea ***mici şi dese.*** Pe măsură ce tolerează bine laptele, se creşte mai departe până se ajunge la raţia completă (1/7 – 1/6 din greutatea corporală). Prematurul hipotrofic (cu greutate mică) are nevoi crescute de hrană faţă de nou-născutul la termen, eutrofic. Se începe cu 5% soluţie de glucoză sau de dextrin maltoză („soluţii izotone"). Când tolerează i se dă lapte de mamă sau un produs de lapte pentru prematuri. Eventual se poate da un aliment hidrolizăt (de exemplu, Aflare). Laptele de mamă nu acoperă nevoile nutritive ale prematurului în ceea ce priveşte caloriile, proteinele şi substanţele minerale şi de aceea se va da şi un produs de lapte special pentru prematuri. Aceste produse în Europa sunt notate cu o sau litera F (Aletemil O, Beba O, Huma OF, Lactana F (litera F provine de la termenul german Fruhgeborenen = prematur). Aceste produse conţin la 100 ml lapte în jur de 2 g proteine, 3,43,8 grăsimi, 8 g hidraţi de carbon, 0,3 – 0,4 substanţe minerale şi 70 kilocalorii (293 Kilojoule).

Numărul de mese corect ar fi următorul: sub

1.000 g – 12 mese; 1.000 – 1.500 g: 10 – 12 mese; 1.500

2000 g: 8 mese, iar între 2000 – 2.500 g: 8 – 6 mese. B. Produse industriale de lapte praf

„clasice”.

1. ***Laptele praf integral*** (26 – 28% grăsim) se obţine din laptele praf integral, nediluat (34 – 36‰ grăsimi). Reconstituirea se face prin „diluarea” (resuspendarea) a 130 g de pulbere la 1.000 ml apă, respectiv măsuri a 5 g la 100 ml apă. Nediluat se poate folosi după vârsta de 7 – 8 luni. Pentru a-i corecta conţinutul mic în hidrocarbonate (laptele de vacă conţine 48 gze hidrocarbonate, faţă de 68 – 70% cât conţine laptele uman) se adaugă zahăr 5% (1 linguriţă rasă la 100 ml) şi 2 – 3% făină de orez sau dextrin maltoză. La nou-născutul la termen, acest lapte va fi dat diluat corespunzând laptelui de vacă îndoit cu apă (jumătate lapte şi jumătate apă) în primele 3 săptămâni, respectiv

6 – 7 g pulbere de lapte la 100 ml, practic revenind ***IV2*** măsură lapte praf la 100 ml apă. După vârsta de 3 săptămâni se creşte concentraţia (două părţi lapte şi o parte ap), la care se adaugă 5 g zahăr. Pentru a se „corecta” cât de cât compoziţia cu totul diferită a laptelui de vacă faţă de laptele uman ar trebui ca resuspendarea pulberii de lapte să se facă în apa de orez, îndulcit cu zahăr şi îmbogăţit cu ulei de floarea soarelui.

2. ***Laptele praf ceremat*** (degresat) sau semi ceremat se produce industrial din laptele de vacă degresat (desmântânit, ceremat). La noi în ţară se comercializează un produs denumit „lapte praf normalizat”, care conţine 18 – 20% grăsimi (în loc de 26 – 28% grăsim). Cu 130 g (2,6 măsuri de 5 g rase) resuspendate în apă sau în apa de orez rezultă un preparat cu o concentraţie

aproximativă de 2/3 lapte + 1/3 apă.

Lăpturile industriale ceremate au fost folosite în hrănirea multor generaţii de sugari sub vârsta de 5 luni. Sunt folosite încă în familiile care nu pot cumpăra produse adaptate sau parţial adaptate (mult mai scum). Laptele praf semiecremat este mai ieftin, se prepară uşor, greşelile de reconstituire sunt rare şi toleranţa este bună. Totuşi compoziţia este dezechilibrată. Prin degresare se scad prea mult grăsimile, iar proteinele şi sărurile minerale rămân ridicate. Adaosul de zahăr, de făină de orez sau de dextrin maltoză şi de ulei de floarea-soarelui corectează numai parţial diferenţele faţă de laptele uman, în schimb, adaosul de zahăr, de cereale şi de ulei duce la mărirea valorii calorice care determină o creştere a greutăţii prin acumularea de ţesut grăsos.

I Lapteleprqf cu adaosul de zahăr se fierbe! C. Laptele de vacă în mediul rural procurarea de produse industriale de lapte (adaptat sau chiar lapte praf obişnuit) în multe familii este greu de folosit. Cu toate riscurile medicul de familie este nevoit să folosească laptele de vacă, procurat direct de la producător. Pentru corectarea parţială a laptelui de vacă se recomandă, în prima lună de viaţă:

– 1/2 lapte de vacă + 1/2 apă simplă (sau după 3 săptămâni apă de orez);

– 5 g zahăr (o linguriţă rasă);

– 1 – 3 g ulei de floarea-soarelui.

Laptele de vacă diluat (500 ml lapte + 500 ml apă sau 500 ml apă de orez) la care se adaugă 10

linguriţe de zahăr (rase) se fierb împreună, iar uleiul se adaugă la sfârşit. Fie porţionat în biberoane, fie în oală de fierbere se răceşte brusc şi se păstrează la frigider. Este nevoie de lapte de vacă recoltat şi manipulat în condiţii de curăţenie perfectă, de corectitudine în prepararea diluţiilor, de mâini şi vase bine spălate şi de frigider!

Folosirea biberonului

Se vor respecta dozajele şi o curăţenie riguroasă, înainte de a începe, mama îşi spală mâinile cu apă şi săpun, apoi le şterge cu un prosop curat. Se ia biberonul din cratiţa în care a fost sterilizat şi se goleşte apa fără ai atinge interiorul. Lichidul de diluţie este în mod obişnuit apa care se fierbe în prealabil, în biberon se pune mai întâi apa (încălzită la 40 – 50° Celsius) până la gradaţia corespunzătoare pentru masa respectivă. Se foloseşte linguriţamăsură oferită de fabricant şi se adaugă cantitatea prevăzută pe cutie „la modul de preparare”.

Nu este permis să se îndese măsura, ci numai să fie rasă, adică să se treacă lama unui cuţit pe deasupra pentru a elimina preaplinul. Adaosul de pudră de lapte în biberonul cu apă face să se urce nivelul de lapte deasupra gradaţiei dorite.

Unele mame au tendinţa de a forţa doza, ceea ce provoacă unele tulburări („febra de sete”, „regurgitaţii”, vărsături, colici). În 1973, un medic englez, J.C.L. Shaw, a arătat cum cantitatea de laptepudră poate să varieze de la simplu la dublu pentru aceeaşi măsură când ea este preparată de persoane diferite, într-o măsură de 3 g de pudră de lapte îndesând se poate creşte produsul la 5 g.

Lăpturile prea concentrate fac să apară riscul de obezitate, dar mai ales o încărcare excesivă în sodiu, responsabilă de suprasolicitarea funcţiei rinichilor şi de enterocolita necrozantă, în aceeaşi ordine de idei, laptele nu trebuie măsurat cu linguriţa de cafea, căci mărimile sunt foarte variate. Cutia de lapte este apoi închisă ermetic şi biberonul va fi agitat pentru a nu se forma cocoloaşe. Unele produse („formule”) necesită câteodată scuturături viguroase pentru a fi bine dizolvate. ***Încălzirea biberonului.*** Dacă alimentaţia sa pregătit pentru mai multe mese, biberonul va fi încălzit până la temperatura de 50° înainte de administrare. După ce se agită bine, pentru omogenizarea conţinutului, biberonul se poate încălzi.

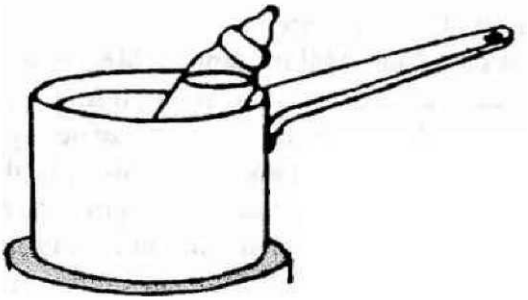


Fig. 2.49 – încălzirea biberonului.

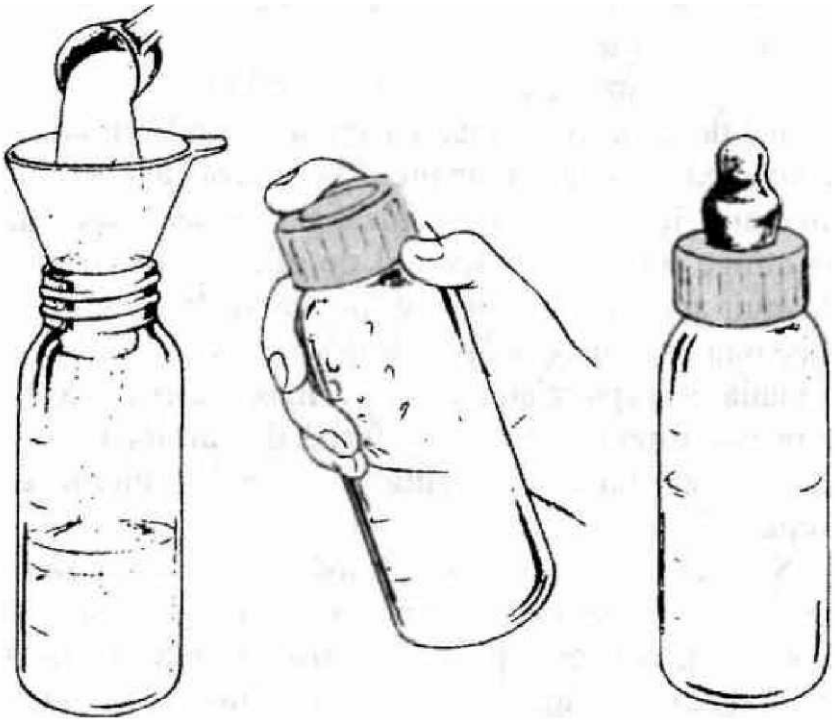


Fig. ***2.50*** – încălzirea biberoanelor.

În mod obişnuit, laptele pentru sugar trebuie încălzit la temperatura de 40° cel mult 50°. Pentru aceasta biberonul gata pregătit fie se va încălzi pe soba sau caloriferul bine încălzit, fie se va scufunda într-o oală cu apă caldă sau într-un încălzitor electric cu termostat sau se scurge apă caldă de la un robinet (49°C) şi apoi se testează temperatura vărsând câteva picături din conţinutul biberonului pe faţa internă a antebraţului mamei (fig.2.51). În caz de deplasări cu maşina sau plimbări se folosesc biberoanetermos sau termosuri simple. La nevoie, în lipsă de termos biberonul pregătit cu lapte se înfăşoară cu ziare în mai multe straturi, hârtia fiind un bun izolant termic.

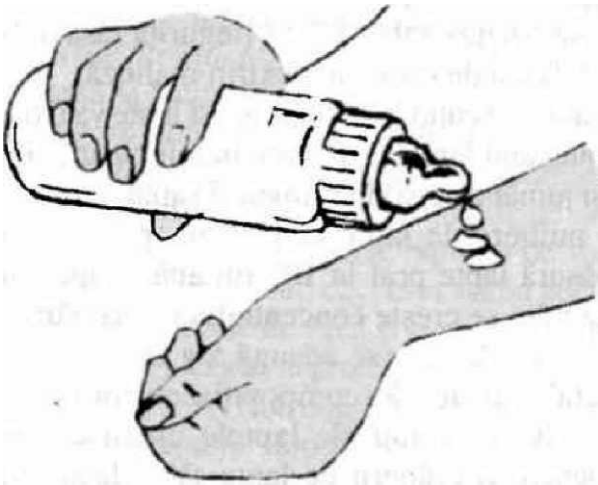


Fig. ***2.51*** – Testarea temperaturii laptelui.

Este interzis mamei să ia tetina în gură pentru a verifica temperatura – nutului biberonului!

Nu se va încerca încălzirea biberonului la flacăra aragazului (pericol de accident) şi nici introducerea lui într-o oală cu apă clocotită; se sparge biberonul!

În ultimul timp mulţi medici susţin că laptele poate fi oferit la temperatura înconjurătoare. De fapt, în multe familii (mai ales de la ţară) laptele nu este încălzit şi se pregăteşte cu apă la temperatura camerei. Unii pediatri au încercat să dea laptele scos direct de la frigider nou născuţilor la termen şi la prematuri şi au comparat somnul, modul de a bea, luarea în greutate, plânsul, regurgitaţiile, materiile fecale. În momentul alimentaţiei, sugarul trebuie să fie în stare de veghe, liniştit, iar mama să se instaleze comod, de dorit fără martori şi cât mai calmă. Nu se forţează sugarul să consume toată raţia. Nu se

întrerupe alimentaţia pentru alte preocupări.

În timpul întregii durate a suptului, biberonul trebuie să fie astfel înclinat pentru ca gâtul biberonului şi tetinei să fie pline cu lichid, fără aer. Prezenţa bulelor care urcă la suprafaţă în biberon constituie proba că tetina este corect găurită şi că laptele se scurge bine. Din timp în timp se retrage încetişor tetina din gura sugarului pentru a evita ca suptul să nu creeze un gol ce l-ar împiedica să aspire laptele, înainte de al introduce din nou în gură, se verifică permeabilitatea tetinei, ale cărei orificii se astupă cu uşurinţă. Poziţia mai mult sau mai puţin strânsă a inelului care fixează şi menţine tetina permite să se regleze debitul scurgeri laptelui în funcţie de energia suptului şi de mărimea orificiului (sau orificiilor) tetinei. ***Un supt durează în mod obişnuit 10 până la 20 minute.*** După supt, sugarul va fi ţinut în poziţie verticală sau culcat pe burtă pe genunchi sau, şi mai bine, ţinut în braţe în poziţie verticală lipit de corpul mamei, cât mai puţin înfăşat sau chiar gol „piele la piele”. Căldura şi compresiunea locală realizate prin contactul cu corpul mamei favorizează eliminarea gazelor din stomac, normalizează peristaltismul, calmează colicile.

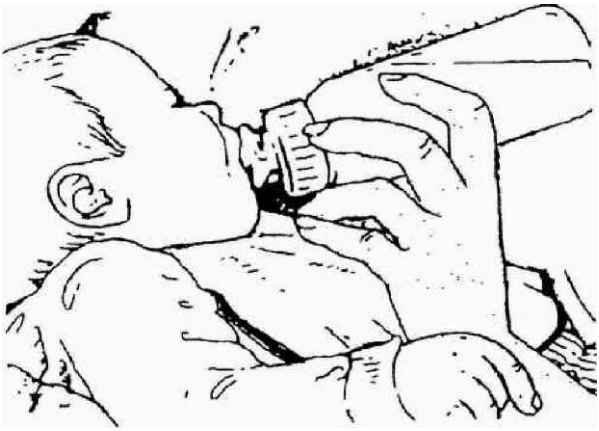


Fig. 2.52 – Biberonul trebuie ţinut în aşa fel ca tetina să fie plină.

Niciodată nu trebuie să se instaleze un sugar ca să tragă singur din biberon. Pe de o parte el poate scăpa tetina şi să nu poată se repună în gura sa, ceea ce este frustrant, dar mai ales, debitul laptelui se poate accelera şi ajunge pe o cale falsă (pe trahee) cu riscul de al sufoca.

După ce elimină „aerul”, sugarul va fi culcat în pat pe partea dreaptă. Poziţia de „culcat pe burtă” a fost contraindicată în ultimul timp, fiind bănuită că ar sta la originea unor cazuri de moarte subită. În această poziţie laptele trece mai uşor prin pilor din stomac în duoden şi dacă sugarul regurgitează, lichidul se va scurge în afară, eliminând riscul de inhalare şi de falsă cale. Unii sugari care elimină greu aerul preferă să fie puşi mai întâi pe partea stângă pentru a uşura trecerea gazelor din stomac spre intestin; după eliminarea gazelor şi aceşti sugari vor fi întorşi pe partea dreaptă. Fiecare sugar este diferit şi părinţii îşi vor da seama foarte repede ce convine mai bine copilului. Laptele rămas în biberon se aruncă şi se

curăţă materialul folosit.

Cantitatea (raţia) de lapte. Lăpturile pentru sugari (după germani – adaptate; după francezi – prima vârstă; după americani – formula), ca şi în alimentaţia naturală, permit o mare supleţe în ce priveşte orarul şi numărul meselor. Raţiile sunt ***deci teoretice*** şi nu reprezintă decât media. De la un sugar la altul şi de la o zi la cealaltă pentru acelaşi sugar, raţiile consumate sunt variabile. Tot ce se spune în rândurile următoare constituie o orientare generală, fiecare sugar având dreptul, dacă nu datoria, de aşi manifesta personalitatea cu care s-a născut.

Raţia teoretică. Cantitatea de lichide ca şi numărul de mese variază în limite foarte largi. Nou-născutul îşi stabileşte treptat intervalul, numărul de mese şi raţia de lapte. Mai înainte se fixa ca raţiestandard 150 ml/kg şi pe zi, pentru acoperirea nevoilor medii, în primele zile nou-născuţii se satură cu circa 160 – 200 ml în 24 ore (H. Ewerbeck şi E. Schmidt). Unii sugari – este adevărat, mai puţini – se satură şi cresc în greutate cu raţii mult mai mici (de circa 100 – 120 ml/kg corp/zi).

Raţia teoretică în primele zile de viaţă se face după formula Finkelstein: (numărul de zile de viaţă – 1) x 70 g. De exemplu (8 zilel) x 70 = 490 ml, divizat la numărul de mese pe 24 ore.

Între a 10-a zi şi a 28-a zi de viaţă 1/6 din greutatea corpului sau cât vrea nou-născutul.

În general, produsele europene se prepară cu o măsură de 30 ml apă (multiplul lui 30), iar cele

americane cu o măsură la 50 sau 60 ml la 100 ml.

Aşa cum am amintit mai sus, fiecare sugar are ritmul său, intervalele dintre mese pot fi inegale şi cantităţile luate la fiecare biberon variabile. Trezirea spontană este cel mai bun indicator al orarului. Ideal este să se aştepte cel puţin 3 ore între două supturi. Nu trebuie niciodată să se forţeze un sugar să termine laptele dintr-un biberon. Dacă el nu doreşte, se poate ajunge la inapetentă rebelă. Forţarea sugarului să mănânce constituie cauza cea mai frecventă a inapetenţei!

Dacă sugarul este trezit dintr-un somn adânc ca să mănânce, el este nervos, morocănos şi va suge prost. ***Biberonul se dă la ore fixe sau la cerere?*** Pe această problemă sa discutat multă vreme. La noi în ţară, decenii în şir să susţinut în toate formele de învăţământ medical şi să încercat punerea în practică a orarului fix. Partizanii disciplinei fixe se opun adepţilor libertăţii totale. ***Personal sunt adeptul alimentaţiei (la sân sau cu preparate adaptate sau parţial adaptate) la*** Majoritatea sugarilor nu se supun orariilor fixe. Se va ţine seama mai întâi de ce convine sugarului şi în al doilea rând al mamei. Până la urmă se ajunge la un compromis între nevoile sugarului şi dorinţele mamei. Dacă ne referim la comportamentul spontan al mamiferelor şi al femeii în unele societăţi (la sate, la noi în ţară sugarul este alimentat „la cerere”), alimentaţia liberă este cea mai fiziologică. Copilul ia „la cerere” cantitatea de lapte pe care o vrea şi în

momentele pe care le doreşte. Dacă însă se ia în seamă activitatea femeii modeme în lumea noastră civilizată, alimentaţia la cerere generează adesea mari dificultăţi. Această practică împiedică pe mamă să aibă un repaus al ei sau de aşi programa folosirea timpului. Unele mame care o încearcă se extenuează repede, în trecut, milioane de sugari au fost alimentaţi la ore fixe şi nu sau observat tulburări psihice sau corporale. O mamă care este convinsă (trebuie să se ştie că acest simţământ este mai mult intelectual decât instinctiv) că este preferabil să asculte de copilul său şi să-i dea biberonul când el îl cere, nimeni nu o împiedică. Dacă ea nu resimte nicio oboseală, nicio frustrare, nicio jenă în viaţa zilnică (sau dacă ea acceptă în numele a ceea ce ea crede că este interesul superior al copilului), ea face o alegere bună (L. Rossant). De altfel, cu timpul, sugarul ajunge să-şi reglementeze un orar fix. Din contră, mama care-şi dă seama că alimentând un sugar „la cerere" nu mai poate să se ocupe în acelaşi timp de ceilalţi copii, de soţ, de gospodărie, de prieteni, de ceea ce are poftă să facă, este în interesul său de a planifica ore aproape fixe (fără a fi însă draconice!). O deviere de o jumătate de oră în plus sau în minus este cel mai firesc. ***Numărul de mese*** în prima săptămână este de 6 – 8 mese în 24 de ore, iar după aceea în cursul următoarelor 6 – 8 săptămâni de 5 – 7 mese, eventual un biberon în timpul nopţii. În trecut nu se recomanda un biberon de noapte, înainte de 3 luni majoritatea sugarilor mai cer să mănânce şi în timpul nopţii. Ar fi crud şi absurd să se lase un sugar să plângă

de foame în timpul nopţii. El nu poate fi calmat cu ceai pentru că el plânge de foame şi nu de sete. Suprimarea biberonului de noapte nu ţine nici de medic şi nici de părinţi, ci de nevoile copilului. De multe ori, sugarul renunţă mai întâi la suptul de la orele 23 – 24 şi mai târziu la cel de la ora 2. Prima masă se dă în momentul în care se trezeşte nou născutul şi apoi i se va da să mănânce atunci când dă semne căi este foame, în general, sugarii mănâncă din 3 în 3 ore, cu variaţii de orar de un sfert de oră, între masa întâi şi a doua intervalul este adesea mai mare, în general, sunt de subliniat şi în alimentaţia artificială: – Nu se trezeşte sugarul din somn;

– Nu se aşteaptă ora mesei;

– Nu se face pauză între mese;

– Nu se forţează sugarul să consume o anumită raţie;

– Nu se întrerupe administrarea laptelui pentru alte obligaţii gospodăreşti (telefon etc.);

– Nu se alimentează sugarul cu martori şi mai ales cu consilieri;

– Nu se schimbă preparatul de lapte cu un altul decât la sfatul mediculuieşte nevoie de schimbare, aceasta se va face treptat, cu cantităţi mici, testând reacţiile sugarului (modul cum îl, diaree, vărsături etc.);

– Ceaiul este necesar numai în situaţii speciale. Atunci când se administrează se va îndulci linguriţă rasă) la 200 ml şi nu cu 5 g la 100 ml cum se făcea înainte, pentru că produsele adaptate nu sunt îndulcite şi sugând va prefera

ceaiul îndulcit excesiv;

– Biberonul de noapte va fi pregătit de seara, păstrat în frigider la temperatură în jur de 4° C şi doar se încălzeşte înainte de administrare;

– Tentativele de a „scăpa” de biberonul de noapte, întârziindu-l pe cel de seară sau preparându-l cu o concentrare mai mare nu sunt urmate de succesul dorit;

– Produsele de lapte – pulbere granulat, în primele zile se prepară cu 2 măsuri la 90 ml apă nu cu 3 măsuri, pentru că unii nou-născuţi primesc mai greu un lapte mai vâscos;

– Creşterea greutăţii la nou-născuţi se înregistrează după 2 săptămâni de viaţă, aşa că progresul ponderal „ca la carte” (de 170 – 210 g pe săptămână) se înregistrează în săptămânile viitoare;

– Urmărirea progresului ponderal se face săptămânal şi nu zilnic şi în niciun caz mai rar de 1 lună;

– Produsele de lapte adaptat sau parţial adaptat nu se fierb, spre deosebire de laptele de vacă (inclusiv cel pasteurizat) sau celelalte produse de lapte pulbere;

– Să nu se uite că biberoanele şi tetinele se spală cu apă rece imediat după folosire.

Concluzii

Alimentaţia artificială reprezintă o formă eficientă de hrănire a nou-născutului şi sugarului, dacă se respectă regulile de igienă, dacă produsul lactat este bine ales, de bună calitate şi riguros preparat. Un sugar alimentat corect cu un

preparat de lapte de vacă, se dezvoltă foarte bine (fizic şi neuromotor) este mulţumit, în familiile mai puţin evoluate (educaţie, civilizaţie), sugarii se îmbolnăvesc mai des. Spre deosebire de trecut, mortalitatea nu mai este ridicată. Produsele industriale de lapte („formulele”, lăpturi adaptate, parţial adaptate, de continuare), beneficiile civilizaţiei modeme (frigider etc.) şi modificarea concepţiilor pediatrilor au dus la o etapă în care sănătatea sugarilor este mai puţin periclitată, iar munca mamelor mult uşurată. Vitaminele, mineralele şi apa

Vitaminele (cu excepţia vitaminei D), sărurile minerale şi apa sunt suficiente în laptele uman şi în produsele adaptate şi parţial adaptate („formulele” după terminologia americană) sunt suficiente. La nou-născut, flora microbiană intestinală nefiind suficient dezvoltată, se injectează intramuscular vitamina K imediat după naştere pentru a preveni hemoragiile.

Suplimentările de vitamine funcţionează în funcţie de vârsta sugarului şi de tipul de alimentaţie (tipul de formule, dacă se foloseşte laptele de vacă fiert, produse de laptepulbere „clasic” et). Insistăm asupra faptului că „formulele”.

americane au adaosuri de vitamine (inclusiv vitamina D!) şi săruri minerale (fier). Produsele europene, în marea lor majoritate, nu au suplimente suficiente de vitamina D, de fier şi fluor, care trebuie administrate separat. Laptele de mamă conţine toate mineralele şi vitaminele (în afară de D) aşa că la aceştia nu este nevoie de

introducerea precoce de sucuri sau pulpă de fructe.

Vitamina D (cholecalciferol sau vitamina D) se găseşte în natură numai în câteva alimente şi în cantităţi foarte mici: ficat, gălbenuş de ou, unt, smântână şi „untura de peşte”. O altă sursă de vitamina D se obţine prin expunerea pielii la radiaţiile ultraviolete din lumina soarelui, în piele se găseşte un derivat de cholesterol (7-dehidrocholesterol). Nevoile de vitamină D sunt mai mari la prematuri şi la gemeni. La sugarul normal acestea sunt între 400 şi 1.000 unităţi internaţionale de vitamină D pe zi. Dozele sunt fixate de medic.

La noi în ţară se preferă de unii medici administrările sub formă de terapie de şoc (Stosstherapie), care are unele avantaje:

– Profilaxia se poate planifica şi controla de către medic şi asistenta de ocrotire;

– Se evită apariţia de rahitism la copiii cu mame nedisciplinate şi la cei care prezintă unele boli (diarei rebele, sindroame de malabsorbţie etc.).

Administrarea zilnică este metoda care se potriveşte funcţiilor organismului copilului, care poate fi individualizată şi care nu se însoţeşte de efectele secundare produse de supradozare şi de injectarea unor doze de şoc. Administrarea zilnică nu se poate aplica decât dacă mama este foarte conştiincioasă şi disciplinată pentru a respecta doza prescrisă. Dacă într-o zi, din diferite motive, mama nu a dat vitamina D, nu va dubla doza, ci numai doza pe o zi. Dacă aportul de vitamină D se

întrerupe 1 zi, nu se întâmplă nimic rău, dar rărirea frecventă şi nerespectarea dozelor prescrise, contrar prescripţiilor medicale, reprezintă un risc. Dacă în maternitate să administrat doza-şoc sub formă injectabilă (200.000 unităţi internaţionale) nu se mai administrează deloc vitamina D în cursul primei luni de viaţă. Schema profilaxiei rahitismului cu vitamina D recomandată la noi de Ministerul Sănătăţii sub formă de injecţii este următoarea în primul an de viaţă: câte o injecţie de vitamină D2 sau D3 de 200.000 unităţi internaţionale la naştere, 2,4,6,9 şi 12 luni, flancate de 10 zile (5 înainte şi 5 după injecţie) de administrarea de calciu (fiole sau tablete) pe gură.

În fixarea dozelor zilnice se va ţine seama de recomandările forurilor ştiinţifice internaţionale şi naţionale, de organismul sugarului, de eventuale semne de rahitism ce survin şi de cele scrise în prospectele fixate de firma producătoare. În ultimii ani la noi în ţară sau folosit: preparatul românesc – vitamina D2: 2 picături pe zi; ***Vigantol*** (Merck): 1 – 2 picături pe zi (500-1.000 u.i.)***; Sterogyl***

(Franţa): 3 picături pe zi (1.200 ul); VI – DE – 3 Wander (Elveţia): 1 picătură 400 u.i; VI-Daylin (SUA): 400 u.i. Ultimul preparat este o polivitamină, care indiferent de preparatul comercial conţinutul în vitamina D fiind de 400 u.i. pe zi. Produsul Vigantol se găseşte şi sub forma de tablete de 500 u.i. sau de 1.000 u.i. cu sau fără fluor (F-Vigantoletten).

Disfuncţiile digestive, hepatice sau renale pot

reduce activarea vitaminei D şi poate determina apariţia semnelor osoase de rahitism.

Copiii bruneţi sunt mai susceptibili la rahitism, deoarece pigmentul melanic inhibă parţial formarea vitaminei D în piele.

Intoxicarea sau dozele excesive de vitamina D poate determina unele efecte adverse ca:

Tulburări gastrointestinale (inapetenţă, vărsături, scăderea greutăţii, constipaţie sau diaree).

Poliurie (urinează des), polidipsie (sete), deshidratare.

Modificări de comportament tulburări de somn, indispoziţie, oboseală.

Calcificări în ţesuturi ca: rinichi, plămâni, vasele sanguine, inima. Survin excepţional de rar.

Vitamina C. În perioada de nou-născut nu este necesar adaosul de vitamina C. La sugarii alimentaţi natural nu este nevoie de introducerea de sucuri de fructe în primele luni de viaţă şi nu cum se făcea până acum (la 6 – 8 săptămâni). Unii autori recomandă totuşi chiar din primele luni şi suplimente de vitamină C şi A.

Fierul (ca adaos) nu este necesar în prima lună, ci mai târziu. ***Fluorul.*** Conţinutul în fluor al tuturor tipurilor de lapte este scăzut şi trebuie adus din apă (acolo unde are o concentraţie corespunzătoare) sau suplimentar. Administrarea de fluor sub formă de picături sau tablete trebuie să înceapă imediat după naştere (a 7-a până la a 14-a zi de viaţă) şi să continue până când mineralizarea şi maturizarea dentară este

completă (la pubertate). Nivelul suplimentării este ajustat în funcţie de vârsta copilului şi de concentraţia fluorului în apa de băut. Calciul poate inhiba absorbţia fluorului, aşa că mama nu va administra fluorul în lapte. La noi în ţară sa folosit produsul Zymafluor sub formă de mici tablete (0 – 2

ani: 0,25 mg; 2 – 4 ani: 0,50 mg; 4 – 6 ani: 0,75 mg; peste 6 ani: 1 mg).

Apa. Cantitatea necesară sugarului pe kgcorp este mai mare decât cea utilizată de adult. Apa folosită în metabolismul organismului copilului este mai mare, deoarece apa corporală reprezintă 3/4, în contrast cu 2/3 la adult. Suprafaţa corporală (mai mare) şi imaturitatea funcţiei renale fac ca apa să nu fie reţinută în mod adecvat. Raţia medie de apă este de 150 – 175 ml/kg corp. Necesarul de apă al sugarului este satisfăcut, în general, prin alimentaţia naturală şi artificială, dacă se face cu preparate adaptate, în anumite situaţii cum ar fi cameră prea încălzită, în zilele prea calde de vară, pierderi mari de lichide (vărsături, diaree), este nevoie să se dea apă (ceai de chimen sau/şi anason). Când se bea lapte cu prea multe proteine (laptele de vacă integral sau prea puţin diluat), sugarul este însetat (urinează rar, buzele sunt uscate, limba este lipicioasă, fontanela se deprimă) şi este nevoie să se dea şi apă fiartă şi răcită sau ceai de plante îndulcit cu glucoză sau cu zahăr. Setea apare la nou-născuţii şi sugarii hrăniţi cu lapte adaptat când mama pregăteşte biberonul cu lapte în concentraţie mai mare decât cea indicată pe cutie. Un sugar însetat

se comportă adesea ca unul înfometat. Dacă i se dă lapte în loc de apă, atunci dezechilibrul se accentuează şi apare toată constelaţia de manifestări mai mult amintite mai sus.

Dacă nou-născutul şi sugarul este alimentat natural sau cu „formule” de lapte nu este nevoie să se „completeze” cu ceai.

3

SUGARUL (de la 1 lună la 12 luni) 3.1. De la 1 la 2 luni

Sugarul îşi stabileşte treptat un ritm propriu al funcţiilor vitale. Mama îl observă în permanenţă şi-l ajută în acest sens. El a „propus” un orar, cu care se încadrează în viaţa de familie, uşurând astfel munca mamei: numai parţial însă, deoarece el continuă să o solicite încă foarte mult. Aceasta nu trebuie să-şi facă planuri prea mari: vizitele la rude şi la prieteni nu pot fi reluate; îngrijirile sugarului o blochează aproape toată ziua. Dacă are un ajutor în gospodărie este bine ca muncile casnice să fie lăsate pe seama acelei persoane, iar mama să se ocupe de sugar. Subliniem această recomandare pentru că ştim din experienţă că multe mame au tendinţa de a munci prea mult în această perioadă, uneori treburile casnice trecând pe prinul plan. Este necesar ca preocuparea mamei să fie concentrată asupra sugarului, care are nevoie de uniformitate, adică să fie îngrijit de aceeaşi persoană, de preferat de către mamă. Numai aşa se vor obişnui şi se vor cunoaşte reciproc. Sugarul se va familiariza în primul rând cu mama, o va deosebi în curând de alte persoane; îngrijit numai de ea, se va obişnui cu modul ei de

al alimenta, de al schimba, de al ţine în braţe; iar cu timpul, cu imaginea figurii, cu mirosul corpului, cu tonalitatea vocii, cu mângâierile ei. Numai mama (sau, la nevoie, persoana care-l îngrijeşte multă vreme şi corect) îi dă sentimentul de siguranţă, de încredere. Sugarul va fi liniştit, va mânca bine, îşi va fixa un anumit program, iar în perioadele de veghe va începe să-şi îmbogăţească „repertoriul" manifestărilor motorii şi psihice.

La rândul ei, mama – care a avut atâtea perioade de îndoieli în primele săptămâni – va începe să fie antrenată şi stimulată de progresele sugarului.

Creşterea în greutate şi în lungime este cea mai accelerată în lunile a 11-a şi a III-a de viaţă. Psihomotor la circa 6 – 8 săptămâni sugarul îşi ţine capul. Cu fiecare săptămână el este tot mai vioi, personalitatea începe să se dezvolte somnul devine mai organizat, urmăreşte vocea, faţa şi mişcările mamei.

La 6 – 8 săptămâni, sugarul ***zâmbeşte*** pentru prima dată; este prima manifestare umană, independentă de nevoile lui fiziologice.

Organizarea zilei. Orarul zilnic trebuie să se reglementeze. Se va ţine seama atât de dorinţele sugarului, cât şi de programul întregii familii.

Dacă sugarul primeşte prima masă între 5,30 – 6 dimineaţa este bine ca mama şi sugarul să se culce din nou. Dacă, dimpotrivă, prima masă este primită la ora 7, aceasta coincide cu începutul activităţii în casă. Plimbările se fac în funcţie de anotimp: vara între prima şi a doua masă, iar după amiaza – spre seară. Iama prima ieşire va fi după

ora 10 sau chiar 11 (masa a II-a), iar după-amiaza – în jurul orei 15.

Baia se va face mai devreme, în jurul orei 20, înainte de penultima masă; în niciun caz după orele 22. Alimentaţia Alimentaţia naturală

A. ***Orarul meselor.*** Nu există o regulă strictă în ce priveşte numărul şi importanţa meselor; reafirmăm că fiecare sugar îşi are ritmul şi nevoile sale alimentare. Rolul mamei şi al asistentei este de a le dezvălui şi de a adapta regimul. La 4-6 săptămâni, cei mai mulţi sugari sau obişnuit cu orarul de 6 mese (chiar 5 mese). Dacă sugarul este alăptat, el îşi creşte treptat cantitatea de supt (pe masă), sugând mai mult şi mai viguros. Sugarul înţărcat necesită, de asemenea, treptat, cantităţi mai mari de lapte. Mulţi sugari nu au încă un orar regulat al meselor. De multe ori este vina mamei. Nu este obligatoriu ca intervalele dintre mese să fie perfect egale, dar ar trebui să apară o schemă şi o oarecare regularitate în ceea ce priveşte orele de supt, cel puţin după 5 – 6 săptămâni.

a) ***Alimentaţia în timpul nopţii.*** Multe mame întreabă când trebuie să doarmă un sugar neîntrerupt noaptea, fără a mai cere o masă. Nu se poate spune cu certitudine dacă acest lucru se poate obţine până la sfârşitul celei de a doua luni. La 6 – 8 săptămâni cei mai mulţi sugari nu se mai trezesc noaptea. O parte dintre ei renunţă mai întâi la masa de la ora 23 – 24 şi numai după aceea la masa de la ora 2.

b) ***Cum se poate desfiinţa masa de***

noapte. Cei mai mulţi sugari renunţă de la sine la masa de noapte. Mama se va îngriji ca ultima masă de seară să fie substanţială. Dacă este hrănit la sân i se va da să sugă din ambii sâni. Dacă mama are impresia că la această masă sugarul ar putea mânca mai mult, va consulta medicul, care va stabili dacă este utilă o completare.

c) ***Ce înseamnă dacă un sugar suge la o masă numai câteva minute şi apoi plânge din nou după 2 – 3 ore.*** S-ar putea să fi înghiţit mult aer (simţindu-se sătul pentru moment) sau să nu se fi săturat de supt. Dacă sugarul a golit un sân şi continuă să tragă din primul sân cu vigoare va fi pus şi la celălalt. La masa următoare, sânii vor fi oferiţi în ordine inversă, în cazul în care, pe lângă aceste manifestări, la cântărirea săptămânală se constată că sugarul nu creşte sau chiar scade în greutate, se anunţă medicul de familie pentru a se cunoaşte precis cantitatea de lapte supt în 24 de ore. Completarea se va face după consultul cu medicul.

B. Sugarul adoarme la sân, în unele cazuri sugarul să obişnuit să fie ţinut în braţe. Senzaţia de confort şi plăcerea pe care o oferă contactul şi căldura corpului mamei îl fac să prefere să fie ţinut şi să adoarmă în braţele mamei. La tentativele de alăptare trage de câteva ori din sân şi apoi adoarme. Dacă este retras de la sânul mamei se „trezeşte” şi începe să plângă. Pus din nou la sân trage din mamelon de câteva ori şi începe să picotească. Comportamentul respectiv este consecinţa ţinerii în braţe a sugarului în mod

nemotivat, repetat şi prelungit. Fără al forţa, va fi repus mereu la sân, încercând prin mici manevre (mişcări de „du-te – vino” ale mamelonului, „ciupituri” fine de obraz etc) să-l faceţi să sugă continuu, fără a mai adormi.

C. ***Cum poate fi împiedicat sugarul să înghită prea mult aer?*** Când începe să sugă mai încet, mama îl va retrage de la sân, îl va lăsă să eructeze şi apoi îl va alăpta în continuare. Se poate întrerupe suptul de 2 – 3 ori pentru eructaţii, dacă sugarul nu protestează şi dacă după aceea continuă să sugă. De multe ori este nevoie de mai multe întreruperi, ţinând sugarul în braţe, cu burta lipită de corpul mamei, „piele la piele”. Căldura şi compresiunea locală reduc eructaţiile şi calmează durerile.

D. Sânii se golesc la fiecare supt. Până la normalizarea secreţiei lactate este bine ca sânii să fie goliţi de câteva ori pe zi, în felul acesta, glanda mamară va fi stimulată pentru o bună secreţie. Când, contrar aşteptărilor, sânul nu este golit la un supt, restul de lapte trebuie să fie muls fie cu mâna, fie cu pompa.

E. Ce se face dacă mama lipseşte de acasă? în luna a doua, dacă mama lipseşte o dată de acasă se poate da, în locul suptului respectiv, fie ceai, fie o masă de lapte de mamă, muls în condiţii de curăţenie perfectă, păstrat la frigider şi fiert înainte de a fi dat sugarului, fie un preparat de lapte parţial adaptat (Milupa 1, Similac, Humana 1, Nan, Beba etc.).

F. ***Variaţia apetitului.*** Cantitatea luată la

fiecare masă este variabilă. La primele două supturi sugarul este mai înfometat. Variabilitatea apetitului nu numai că este normală, ci constituie şi o dovadă că sugarul are ritmul său personal de alimentare.

G. Raţiile prescrise de pediatru sau menţionate în această carte servesc numai ca reper; mama nu va încerca să le impună sugarului său. Dacă un sugar este însă înfometat, după ce a primit raţia prescrisă, nu este nicio raţiune de ai refuza completarea pe care o cere: dacă, dimpotrivă, el nu vrea toată cantitatea propusă, este inutil de al contrazice. Mama care-şi alăptează sugarul este de acum iniţiată, în cazul în care nu are lapte suficient, ea îşi dă seama care din supturi este deficitar, fără să fie nevoie să cântărească sugarul înainte şi după fiecare masă. De obicei, mama are mai puţin lapte la supturile HI ŞI IV, din miezul zilei, când, datorită solicitărilor din cursul dimineţii o ajunge oboseala sau se pierde cu firea. La aceste mese din mijlocul zilei poate fi necesar să facă completări cu cantităţi mici, crescute progresiv cu un lapte adaptat sau parţial adaptat, iar la sate cu lapte de vacă diluat (vezi 115 – 118 şi 127). Sugarul a prins gustul sânului, are putere să sugă, aşa încât el nu se mai înţarcă, chiar dacă primeşte 1 – 2 completări cu biberonul. La rândul ei, mama este datoare să-i dea să sugă, chiar dacă laptele supt nu reprezintă decât o treime din raţie. Pe lângă valoarea biologică, laptele de mamă are şi o importanţă psihologică. Nu se renunţă la alăptare decât la sfatul medicului şi după indicaţiile lui

asupra modului cum se procedează practic.

Sugarul trebuie să mănânce cu poftă, cu plăcere. Alăptarea, şi mai târziu orele de masă, sunt momente când sugarul simte şi începe să savureze contactul cu mama şi grija ce io acordă. Din experienţa că la fiecare alăptare îi sunt satisfăcute câteva dorinţe, el învaţă să aibă încredere în mama sa. Agitaţia sau starea de tensiune a mamei sau a restului familiei nu permit să se nască acest sentiment de siguranţă şi de încredere.

H. Alimentaţia sugarului trebuie să se desfăşoare în condiţii optime. Mama va aştepta ca sugarul să fie bine trezit din somn pentru al hrăni. Din a doua lună el începe să-şi manifeste dorinţa de a mânca: întoarce capul la dreapta şi la stânga ca şi când caută ceva, îşi mişcă şi întinde buzele, schiţează mişcările de supt şi numai după aceea începe să ţipe. Aşteptând ca sugarul să ceară singur să mănânce se previn tulburările de apetit.

Dacă i se dă să mănânce pe jumătate adormit, el are să sugă, dar într-un mod automat şi „pasiv”, fără a avea impresia de foame, fără plăcere, fără întreaga stimulare pe care i-o dă acest moment privilegiat petrecut lângă mama sa. Se riscă astfel să se împiedice trezirea progresivă a apetitului, care nu vine decât după multiple experienţe de mese plăcute şi de foame satisfăcută.

Mama se va strădui ca în timpul alăptatului să fie destinsă, detaşată de alte griji. Se va retrage într-un loc liniştit, astfel încât sugarul să se simtă în siguranţă şi să asocieze hrănirea şi prezenţa

mamei cu un moment fericit. Familia se va strădui să creeze condiţii materiale şi psihice favorabile unui echilibru sufletesc corespunzător mamei, în a doua lună, sugarul suge cu tot mai multă vigoare şi mai repede. După alimentaţie, când este ţinut în braţe, lipit de pieptul mamei şi cu capul pe umerii acesteia pentru a eructa, va fi mângâiat pe frunte şi i se va vorbi cu tandreţe. Odată cu eructaţia, ţinerea la piept, căldura corpului mamei şi vocea blândă îl liniştesc repede şi adoarme în câteva minute, încetişor este culcat pe o parte. Nu este necesar adaosul de sucuri de fructe. Alimentaţia artificială

Alimentul cel mai potrivit în luna a doua de viaţă este un preparat din laptele adaptat (PreAptamil, Prebeba, Similac, Morinaga etc.) sau din grupul denumit „lapte de început”, „lapte de durată”, care poate fi şi parţial adaptat (Aptamil 1, Milumil 1, Nutrilon Premium, Humana 1, Beba, Nan) sau formule (Similac, Nutricare special etc.). Pentru modul de preparare, fixarea concentraţiei şi a cantităţilor pe mese, mama se va ghida după indicaţiile de pe etichetă şi recomandările medicului (tabelul 3.1).

PRODUSE INDUSTRIALE DE LAPTE PENTRU SUGARI (1 LUNĂ – 12 LUNI) 1

Luna a II-a	Lăpâuri parţial adaptate d Milumil 1, Humana 1. Nutrilon Premium, Adapt Nan, Beba Formule: Bebelac. Simila Nutricare special, Morinaga

Lunile a III-a şi a IV-a	La fel
Luna a V-a	Lăpturi parţial adaptate Aptamil 2, Milumil 2, Huma Humana babyfit, Beba, Nan fier. Nutricare special, Morina
Luna a VI-a	La fel ca în luna a V-a. În „Brei”-uri Produsele denumite „Brei”, consti adaosuri din pulbere de cereal fructe sau/şi zarzavaturi s la ultima masă, celelalte mese de lapte rămânân (Milumil 2, Similac etc.). Unele din ele (cele cu mere introduce din luna a IV-a, pe ca sugarii le primesc şi sunt La masa a III-a se introduce piureul, La început numai şi cartofi) şi apoi cu carne sau gălbenuş de ou, iar la sau banane.

Din luna a VII-a	— O masă de lapte continuare (Aptamil 2, Nutri Beba, Nan etc.) sau o forn adaosuri (Similac gain). — La ora 10 gustare: fr piersici) cu sau fără cereale ins — Sau lapte de vacă integ la prânz – piure de zarzav carne sau gălbenuş de ou. — Apă, compot sau suc d după amiază: Milubrei Yoghurt — Friichte, iaurt cu cerea strivite cu brânză de vaci com ca dimineaţa, fie un „Brd” de la
Din luna a XII-a	dimineaţa: lăpturi pa continuare (Milumil 3 etc. adaosuri (Similac gain) sau la gustarea de la ora 10: fructe, c

	prânz: piure de zarzavat carne sau gălbenuş de ou a fructe sau ceaiuri gustare: variat (iaurt, fineţe cu cerea vaci, prăjitură de casă, creme lapte plus cereale date cu bibe cu linguriţa

Milubrei „Junior Muşii”. (Cereale cu lapte, grâu şi ovăz)	după 8 luni	masa d dimineaţă seară

1 Vezi şi tabelele 2.1 şi 2.2 (pag. 115).

– Nu conţin gluten

TABELUL 3.2.

În tabelul 3.2 se prezintă produsele de lapte cu cereale, furnizate de firmele „Milupa” şi „Nutricia”.

TABELUL 2

PRODUSE DE LAPTE CU CEREALE, GĂSIBILE LA FARMACII RECOMANDATE DE FIRMELE „MILUPA” ŞI, NUTRICIA1 PENTRU SUGARI ŞI COPII MICI

Produs	Vârstă	Număr mese
Milubrei Banane* (Cereale cu lapte, orez, banane.	4 luni	la ma de seară

tară zahăr)		
Cereale cu orez şi banane (Bebelac Nutricia) * ***Miluvit „Mit.*** Cereale cu lapte, orez şi porumb Milubrei cu măr şi morcovi orez, morcovi fără zahăr Cereale cu lapte, orez şi caise (Bebelac, Nutricia)	4 luni 4 luni 4 luni 4 luni	la masa seară la masa seară masa seară masa seară
Cereale cu lapte – 4 cereale (Bebelac Nutricia") ***Cereale cu laptegrâu şi mere (Bebelac, „Nutricia")***	6 luni 6 luni	masa seară masa seară

Cereale cu laptegrâu ***şi fructe (Bebelac, „Nutricia”)*** ***Milubrei Fruchte*** (Cereale cu lapte, orez, griş şi fructe) ***Milubrei Butterkeks (***Cereale cu lapte, grâu, orez, biscuiţi) ***Milubrei Vollkom*** (Şapte cereale cu lapte)	6 luni 6 luni 6 luni 6 luni	masa seară masa seară masa seară masa seară
Cereale cu lapte, orez şi zmeură* (Bebelac, „Nutricia”) ***Milubrei Yoghurt Fruchte (***Cereale cu iaurt, fructe, grâu şi fulgi de orez)	8 luni 8 luni	masa seară sau o 18 masa la ora 18

PRODUSE DE CEREALE FĂRĂ LAPTE (MILUPA, NUTRICIA) PENTRU SUGARI ŞI COPII MICI

Produs	Vârstă	Număr mese
Milupa – griş Milupa – 7 cereale	6 luni 6 luni	1.1 1.1
Milupa – 7 cereale cu pesmet Bebelac orez	6 luni 4 luni	1.1
Bebelac porumb Bebelac orez şi mere	4 luni 4 luni	

Bebelac grâu şi banane	6 luni	1

În tabelul 3.3 sunt prezentate produsele de cereale instant furnizate de firma „Nestle” şi care se folosesc ca adaos la produsele de lapte de vacă sau praf „clasic” şi la îmbogăţirea piureurilor de zarzavat sau de fructe. Produsele de cereale (simple sau cu fruct) se folosesc începând de la vârsta de 3 luni, iar cele de grâu (cu miere sau fructe) după vârsta de 6 luni.

A. ***Raţia medie zilnică,*** în săptămâna a 5-a – a 8-a, raţia de lapte pentru 24 de ore este de 150175 ml/kg/zi, respectiv 650 – 800 ml, deci 130 – 160 ml/ masă, dacă se dau 5 mese şi 110 – 140 ml/masă, dacă se dau 6 mese. Cifrele sunt pur orientative. Fiecare sugar îşi individualizează „raţia”; criteriul major este modul cum progresează în greutate: unii cresc cu o raţie zilnică de 60 – 70 ml/kg/zi, iar la alţii nu este suficientă nici raţia de 160 – 180 ml/kg/zi. Există o regulă simplă preconizată de medicul rus Scarin. Cantitatea de lapte se calculează în modul

următor, în primele luni de viaţă:

a) la 8 săptămâni se dau copilului 800 ml lapte/24 ore; b) pentru fiecare săptămână în minus se scad câte 50 ml lapte din cantitatea pentru 24 ore; c) pentru

PRODUSE DE CEREALE INSTANT, FURNIZATE DE FIRMA „NESTLli”.

Produsul	Cereale fără lapte				
	Orez		Orez 3 fructe		Gr miere
	100 g	Porţie	100 g	Porţie	0 g
Energie Keal/KJ	372/1550	160/670	366/1530	200/820	3 6/165
Grăsimi g	0,7	4,95	0,7	6,10	4 O
Proteine g	7,3	5,8	6,5	6,9	8 3
Hidrocarbonaţi g	84,1	23,2	83,4	28,6	8 ,6
Fibră dietetică g	1,9	0,38	3,2	0,80	1 5
Minerale (Ash) g	2,O	1,35	2,2	1,72	0 6
Sodiu mg	10	66	10	81	1
Potasiu mg	550	305	680	410	1 0
Calciu mg	340	222	300	265	1 0

Fosfor mg	290	178	250	210	
Umiditate	4,0		4,0		0
Vitamina A mg RE	360	130	360	160	0
Vitamina D IU	380	78	380	97	0

Vitamina E IU	5,0	1,2	5,0	1,5	0
Vitamina C mg	65	14	65	18	
Vitamina Bi mg	0,95	0,24	0,95	0,30	95
Vitamina E mg					
Niacină mg	8,0	1,7	8,0	2,1	0
Vitamina Be mg					
Acid folic mg	19	9,0	19	11	
Acid pantotenic mg					
Vitamina B12 mg					
Biotină mg	37	10	37	12	
Fier mg	15	3,0	15	3,7	

fiecare lună în plus se adaugă 50 ml lapte, având grijă să nu se depăşească 1.000 ml pe zi.

B. ***Lichidul de diiuţie.*** Pentru toate „produsele de început” (lapte adaptat sau parţial adaptat) se foloseşte ca lichid de diiuţie numai apa fiartă şi adusă la „călduţ” (40 – 50°C), sau la temperatura camerei (la sugarul mai mar). Nu se îndulcesc. Nu este nevoie de adaos de cereale. Aceste produse comerciale conţin hidrocarbonatele necesare (lactoză la produsele adaptate; lactoză şi alte făinuri la produsele parţial adaptate) în cantităţi suficiente. Adaosul de zahăr, miere sau unele făinoase ar duce la un exces de hidrocarbonate, determinând creşteri în greutate pe seama ţesutului grăsos, cu plus de greutate, în cazuri rare, la sugarii cu tendinţă la diaree, diluţia se poate face cu decoct („apă” de orez).

În mediul rural, dacă familia nu poate să procure un produs de lapte modern, se va folosi laptele de vacă de bună calitate (vacă sănătoasă, recoltat în vase curate, fiert imediat şi păstrat în frigider), nediluat şi nedegresat (teoretic laptele de vacă integral conţine 34 – 40% grăsimi). Prepararea se face în luna a doua şi a treia cu 70 ml lapte + 30 ml apă, o linguriţă rasă de zahăr şi eventual 2,5% făină de orez de dorit „instant” şi 1,5% (1/4 de linguriţă de ulei de floarea-soarelui). Ultimele două ingrediente (făina de orez şi uleiul) se vor folosi când există înţelegere, colaborare şi posibilităţi din partea familiei). Se pot folosi cereale „instant”, fără gluten (orez, porumb) Nestle, Remedia etc. Comparată cu laptele de

mamă şi cu produsele comerciale moderne, această soluţie nu corespunde tuturor nevoilor biologice şi funcţiilor digestive ale

Vitamina D se dă în tot cursul inclusiv vara, fără întrerupere! sugarului, dar, în general, se obţine o alimentaţie fără incidente şi cu creşterea normală în greutate a sugarului, dacă laptele este de bună calitate şi dacă este pregătit şi păstrat în condiţii perfecte de igienă. Frigiderul este absolut necesar.

C. ***Se poate lăsa sugarul singur să „tragă" din biberon?*** Acest lucru nu este permis. Nu este voie să se sprijine biberonul pe o pernă sau pe un pled împăturit, într-o asemenea eventualitate, sugarul nu are posibilitatea să facă nicio pauză în supt, nimeni nu-i scoate tetina din gură (se poate îneca şi asfixia); urmarea este că înghite prea repede (cu mult aer), are colici, ţipă între mese, nu doarme liniştit, în plus, sugarul este frustrat de sentimentul de protecţie, în primele luni de viaţă, mesele reprezintă principalele ocazii când sugarul poate fi apropiat de mamă.

D. ***Poziţia biberonului în timpul mesei.*** Biberonul se ţine înclinat, în aşa fel încât gâtul biberonului şi tetina să fie tot timpul pline cu lapte. Cea mai mare parte a sugarilor trag din biberon fără oprire, până în momentul când şi-au potolit foamea. Unii înghit o cantitate mare de aer în timpul cât sug. Bula de aer care se formează astfel în stomac le dă o falsă saţietate sau le provoacă colici. Ei se opresc atunci din supt, cu toate că nu au băut decât jumătate din raţia lor

normală. Ca remediu se recomandă ca sugarul să fie ridicat, să fie pus cu abdomenul lipit de toracele mamei, sprijinit de umărul ei şi să fie bătut uşor pe spate. Mama va pune o cârpă pe umeri, pentru aşi proteja îmbrăcămintea în cazul în care sugarul regurgitează. Dacă sugarul continuă să ţipe, mama îl va culca cu faţa în jos, „pe burtă”, pentru câteva minute, apoi îl va ridica în sus şi-l va sprijini pe umerii săi. Toate aceste manevre nu sunt necesare decât dacă sugarul înghite aer (are colici, regurgitează sau varsă, este agitat după masă).

Între mese sugarul va fi culcat pe o parte, de preferat pe partea dreaptă. Poziţia de „culcat pe burtă” se contraindică în ultimul timp din cauza pericolului de „moarte subită”. Vitaminele

A.

Vitamina D. În caz că sugarul a primit în maternitate prima doză de vitamina D injectabilă, între 6 săptămâni şi 2 luni se va administra a doua doză, sub formă de injecţie. Se vor administra 200.000 u.i. pentru a evita supradozarea. Nu este necesară asocierea de preparate de calciu, exceptând prematurii şi cei cu manifestări anterioare de spasmofilie. Dacă se face profilaxia rahitismului cu vitamina D zilnic sub formă de picături, acestea se administrează într-o linguriţă cu lapte sau ceai. Gustul neplăcut al vitaminei D se pierde în mare măsură. Nu se recomandă adăugarea soluţiei uleioase în biberon, deoarece aderă la pereţii interni ai biberonului. Organismul uman sintetizează vitamina D sub influenţa razelor ultraviolete solare, dar nu se poate şti cu

exactitate cantitatea produsă în acest fel. Nu trebuie să ne bizuim nici în lunile de vară pe lumina solară ca unică sursă de vitamina D. De altfel, în multe oraşe, fracţiunea de radiaţii ultraviolete este scăzută din cauza poluării atmosferei. În cazul hrănirii sugarului cu produse ale firmelor europene (Milupa 1, Nutrii on, Aptamil, Humana 1, Beba, Nan etc.) se continuă profilaxia rahitismului cu vitamina D în doze obişnuite, zilnic, deoarece adaosurile de vitamină D din aceste produse acoperă numai parţial nevoile de vitamină D. Preparatele americane (Similac sau similare – Nutricare special, Morinaga) cu adaos de vitamina D în general de 400 u.i. pe zi. Medicul pediatru calculează doza de vitamina D primită din produsul de lapte şi completează doza necesară.

Doza zilnică de vitamina D va fi individualizată de medicul sugarului. La noi în ţară se pare că sunt eficiente doze ceva mai mari faţă de străinătate (400 u.i. În ţările anglo-saxone.

5001.000 u.i. În Germania, 800 – 1200 u.i. În Franţa). La noi în ţară sau folosit în ultimul timp Vigantol (2 picături pe zi – 1.000 u.i. sau tablete de 500 u.i. sau 1.000 u.i.), Sterogyl (3 picături pe zi – 1.200 u.i.), Vi-De-3 „Wander” (1 – 2 picături pe zi – 800 u.i.).

Nu este necesar să se adauge alte vitamine în alimentaţia sugarului în luna a doua.

Spre deosebire de trecut nu se mai recomandă adaosul de sucuri de fructe atât la sugarul alimentat artificial, mai ales numai la sugarul alimentat numai la sân la care nu este

necesar adaosul de sucuri de fructe decât după luna a FV-a sau chiar a V-a. Creşterea şi dezvoltarea

Greutatea, în luna a II-a sugarul creşte cu circa 800 – 900 g/lună, respectiv 25 – 30 g/zi sau 175 – 210 g pe săptămână. Mama nu trebuie să se mire dacă sugarul ia mai mult sau mai puţin decât scrie în cărţi (750 g/lună). Este bine să se întocmească un grafic, pe care să se traseze o curbă normală („ideală") de creştere pe tot anul; alături de aceasta în fiecare lună se va trasa curba ponderală reală a sugarului. Curba ponderală constituie indicele esenţial al creşterii sugarului. Dacă această curbă este ascendentă, înseamnă că totul merge bine. Dacă rămâne orizontală va fi consultat medicul. Dacă traseul curbei sugarului este sub curba teoretică („ideală") nu este un motiv de îngrijorare; esenţial este ca ea să rămână aproape paralelă cu prima. Fiecare sugar îşi are ritmul său de creştere; unii demarează mai devreme, alţii mai târziu.

Lungimea sugarului se măreşte cu 3 cm în această lună de viaţă (luna I: 4 cm, iar în lunile a II-a şi a M-a cu câte 3 cm). Dezvoltarea psihomotorie

Sugarul începe să aibă mai mult control asupra muşchilor săi, mişcările vor deveni mai coordonate („coordonare motorie"). Progresele se fac totdeauna de la muşchii capului spre cei ai extremităţilor.

Motricitatea generală, a) ***Culcat pe,*** sugarul are încă tendinţa de a sta îndoit, cu membrele superioare şi, mai ales, cu cele

inferioare în flexie. Cu fiecare săptămână începe să stea tot mai mult întins, cu braţele dezdoite, îndepărtate de trunchi şi membrele inferioare mai întinse, cu unghiul format din articulaţia genunchiului (de către coapsă şi gambă) tot mai larg. Pedalează când cu un picior, când cu altul, rareori concomitent cu amândouă. La începutul lunii a doua stă culcat pe spate într-o poziţie asimetrică: braţul şi gamba de o parte întinse, iar cele de partea cealaltă flectate. Capul are tendinţa să stea înclinat de partea membrelor întinse. Numai spre sfârşitul lunii a doua şi începutul celei de a treia sugarul culcat pe spate stă într-o poziţie simetrică şi începe să pedaleze („să dea din picioare”) concomitent cu ambele picioare (fig. 3.1).

Fig. ***3.1*** – Culcat pe spate, membrele inferioare sunt flectate „Tripla flexie”; începe să pedaleze.

b) ***Aşezat pe burtă,*** sugarul nu mai stă îndoit, ci stă cu toracele întins, cu capul ridicat nu prea sus, nereuşind să depăşească un unghi de

45°. Umerii sunt încă traşi înapoi. Braţele sunt întinse, nu însă în mod stabil, sprijinul se face pe antebraţe.

Se menţine flexiunea şoldului şi această tendinţă fiziologică la flexiune face ca şezutul (regiunea fesieră) să fie într-o poziţie uşor ridicată (la 3 – 4 laturi de deget). Picioarele sunt îndepărtate şi înclinate în afară faţă de şold; din când în când pedalează alternativ. Gleznele şi tălpile sunt întinse (fig. 3.2).

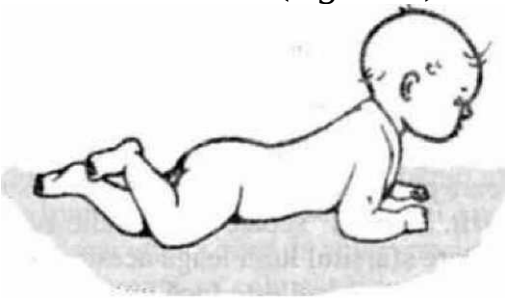


Fig. ***3.2*** – în luna a 2-a, aşezat pe burtă, sugarul ridică capul până la 60°-90°; se sprijină stabil pe antebraţe, iar picioarele sunt îndepărtate şi înclinate în afară.

A

c) ***Muşchii braţelor şi mâinilor,*** începe să se întindă şi să ridice braţele de-a lungul capului. Până la începutul celei de a doua luni, sugarul stă aproape tot timpul cu pumnii strâns închişi. Dacă un adult introduce un deget în mâna sugarului, el strânge şi mai tare pumnul. Foarte încet, în tot cursul lunii a doua, degetele sugarului se desfac şi, spre începutul celei de a treia luni, degetele sunt adesea desfăcute.

d) ***Susţinut de axile*** (subsuoară) sugarul ţine capul şi păşeşte „automat”, sprijinit adesea pe

vârful picioarelor sau pe toată talpa, cu mişcări de amplitudine mare, sacadat („ca un cosmonaut”).

e) ***Poziţia în pat.*** Modul de dezvoltare a tonusului muscular arată că este mai bine ca sugarul să fie culcat pe o parte. ***Faţa*** sugarului începe să devină mai expresivă; el reacţionează diferit în funcţie de cum i se vorbeşte. El capătă treptat controlul asupra muşchilor feţei, a celor motori ai globilor oculari (cei care participă la mişcarea globilor oculari) şi ai cefei.

Ochii. Datorită controlului nervos redus asupra muşchilor feţei şi ochilor, privirea sugarului de o lună nu „prinde” un obiect decât dacă el este situat pe linia medie vizuală şi la oarecare distanţă (la 20 – 30 cm).

Puţin câte puţin însă, sugarul va fi capabil să urmărească cu privirea, astfel încât spre vârsta de 3 luni el va putea urmări obiectele situate în tot câmpul vizual. Acest progres este important, permiţând sugarului să-şi îmbogăţească experienţa şi, în primul rând, să-şi cunoască mama. Sugarul mic priveşte mai „atent” o figură umană decât un obiect colorat.

Dacă i se trece un obiect roşu-strălucitor prin faţa ochilor la o distanţă de circa 20 cm, sugarul îl va urmări doar pentru câteva secunde. Dacă se repetă experienţa pe o durată mai lungă de timp, sugarul „se plictiseşte” sau începe să „se uite cruciş”. De altminteri strabismul este trecător la această vârstă.

Dacă sugarul este dus cu căruciorul în grădină el este încântat de jocul luminii şi de mişcările ramurilor. ***Limbajul.*** A. ***Gânguritul,*** în

momentele de mulţumire şi de veselie sugarul emite câteva zgomote din gât, care puţin câte puţin se organizează sub formă de ***gângurit.*** Sugarul „scoate” mai multe sunete (a, e, o, u, c). Spre sfârşitul lunii leagă aceste vocale cu un „h” (ha, he, ehe). Râsul este încă gutural şi însoţit de mişcările muşchilor mimicii. B. ***Ţipetele.*** A ţipa este încă modul său de comunicare. El simte global (cu tot corpul) şi se exprimă încă global: dacă se simte bine, el este destins, gângureşte, surâde, dacă are o oarecare indispoziţie se agită, ţipă.

În timp ce în prima lună mama nu poate distinge deloc ce vrea sugarul să-i comunice prin ţipătul său, acum ea începe să perceapă nuanţele cele mai fine, învaţă să-şi înţeleagă sugarul.

a) ***Ţipătul de foame*** este imperativ, se însoţeşte de mişcări de supt ale buzelor, de rotaţii ale capului în căutarea sânului sau biberonului. Survine, în general, la un sfert sau o jumătate de oră înainte de ora prevăzută pentru masă. El se linişteşte puţin, apoi reîncepe mai intens, pentru a nu înceta decât dacă mama îl alăptează.

b) ***Ţipătul de indispoziţie*** este aproape continuu şi are un ton diferit, mai penibil poate; se însoţeşte de agitaţie şi nu se calmează decât dacă mama descoperă cauza neplăcerii: sugarul este înfăşat prea strâns, este ud, îi este prea cald sau îl jeneză o lumină prea puternică, a fost obişnuit să fie ţinut în braţe.

c) ***Ţipetele declanşate de colici*** sunt acute, se însoţesc de mişcări de îndoire ale gambelor, de

agitaţie, de emisie de gaze. Dacă scaunele sunt normale, dacă nu se adaugă vărsături şi dacă sugarul are un aspect normal, nu sunt motive de nelinişte; aceste crize sunt frecvente în lunile 2 şi 3 (dispar treptat după 3 – 4 luni).

Pentru calmarea colicilor recomandăm, în ordinea eficienţei, următoarele mici artificii de tehnică:

1) Sugarul va fi alimentat (la sân sau cu biberonul) ceva mai încet.

2) în timpul alimentaţiei mama va fi calmă, destinsă.

3) După ce este alimentat, sugarul va fi ţinut 2 – 5 minute în poziţie verticală, sprijinit cu capul pe umărul mamei, mângâiat pe frunte şi cu abdomenul strâns lipit la pieptul mamei, dacă este posibil „piele pe piele”. Căldura şi compresiunea locală calmează colicile. Apoi va fi culcat în patul lui pe o parte.

4) După ce va fi culcat pe o parte şi mama va apăsa încetişor cu mâna dreaptă pe abdomenul sugarului, începând din partea dreaptă şi de jos a abdomenului şi înaintând sub forma unui arc în sus, spre stânga şi în jos (spre ficat sub coaste, unghiul superior stâng din zona splinei – în jos pe flancul stâng al abdomenului) în direcţia acelor de ceasornic, în acest fel bulele de aer se îndepărtează, spasmele intestinale cedează, conţinutul intestinal îşi schimbă poziţia şi poate progresa spre segmentele terminale ale colonului.

5) în sfârşit se poate încerca manevra care este trecută în toate cărţile noastre: aplicarea pe abdomen a unei comprese înmuiate în apă caldă

(nu fierbinte) şi stropită cu puţin spirt (alcoolul în cantitate mare poate fi aspirat de sugar sau absorbit prin piele, ducând la intoxicaţie!).

6) Se va interoga mama asupra regimului alimentar şi asupra tranzitului intestinal propriu. Ingestia anumitor alimente (cafea, ceai „rusesc”, băuturi alcoolice, varză, fasole uscată etc.) sau consumul unor medicamente (cofeină, miofilin, purgative etc.), diareea, „crizele” de colită sau de ficat şi nervozismul mamei declanşează adesea colici abdominale la sugarul alăptat

7) Când colicile sau crizele de plâns (fără motiv precizat) se repetă se va folosi la nevoie metoda „tradiţională” atât de mult discutată: i se va da suzeta. Rămâne unul din remediile cele mai eficiente! Nu uitaţi să fierbeţi suzeta în fiecare zi şi să o spălaţi când cade jos!

8) Dacă nu se reuşeşte cu niciuna din aceste metode, se apelează la medic care va stabili dacă nu este vorba de o manifestare a vreunei boli mai serioase, în cazul în care nu este vorba de ţipete declanşate de o boală, unii medici recomandă o poţiune calmantă.

d) ***Ţipetele care anunţă somnul*** sunt mai monotone şi survin după o perioadă de veghe în timpul căreia sugarul a fost tulburat de persoanele din jur (îngrijiri, mângâieri excesive, vizite ale prietenilor familiei). Sugarul va fi dus într-un loc liniştit şi va fi culcat; se va calma imediat. La nevoie vor fi slăbite scutecele cu care sugarul este prea strâns înfăşat. Eventual, dacă este pus în cărucior, va fi plimbat puţin (chiar numai prin apartament).

e) ***Ţipetele care exprimă numai bucuria*** de a face zgomot şi de a arăta o oarecare putere: mama învaţă să le recunoască pentru că, de obicei, survin seara. Sugarul pare satisfăcut şi totuşi ţipetele sale au tendinţa să revină în fiecare zi la aceeaşi oră. Mama nu trebuie să se sperie; dimpotrivă, aceste ţipete sunt un semn de forţă şi de dorinţă de comunicare. De îndată ce este luat în braţe el se linişteşte, îi place să simtă căldura corpului mamei, mirosul corpului ei, îmbrăţişarea. Dacă mama se plimbă încetişor cu el prin cameră şi dacă îi vorbeşte cu o voce blândă, îi mângâie fruntea, sugarul se linişteşte, adoarme.

f) ***Ţipătul ca semnal de alarmă*** survine fără o cauză aparentă; micile manevre paliative amintite mai sus rămân fără rezultat Dacă ţipătul este acut şi persistent, iar aspectul sugarului este modificat faţă de zilele precedente, se va chema medicul.

Astfel, în cea de a doua lună, ştiind să-l privească, să-l asculte, mama are să ajungă să înveţe un lucru esenţial: cum îl poate înţelege pe sugarul care nu are încă limbaj vorbit pentru aşi exprima dorinţele, indispoziţiile, suferinţele. La început orice mamă are ezitări, nelinişti, dar curând va fi mândră să ştie să interpreteze „apelurile” sugarului. ***Afectivitatea.*** Comportamentul sugarului în primele şase săptămâni de viaţă nu reflectă decât două stări principale: a)

plăcerea (mai degrabă liniştea), b) ***nemulţumirea.*** Sugarul are numai senzaţii

simple, cum este senzaţia de „postură” (poziţie); nu-i place să fie deranjat (când doarme, când este treaz, când mănâncă). Este esenţial ca mama să-l îngrijească cu îndemânare şi calm. Somnul adânc sau aspectul său de bună stare când este trezit sunt oglindirea unei stări de echilibru satisfăcător. Cauzele de nemulţumire, de inconfort sunt numeroase, senzaţia de indispoziţie pe care o antrenează se traduce prin ţipete.

Percepţia. Se pare că la această vârstă ***pragul percepţiei*** este foarte ridicat. Excitaţiile luminoase, auditive, gustative său de miros trebuie să fie foarte violente pentru a fi percepute în mod penibil. Dimpotrivă, senzaţiile cutanate, labirintice şi interoceptive sunt foarte dezvoltate, mult mai mult decât la copilul mai mare; de aici nou-născutul şi sugarii din primele luni au principalele neplăceri.

a) ***Sensibilitatea pielii*** este demonstrată prin ţipetele şi agitaţia sugarului care este murdar; materiile fecale şi urina macerează, irită pielea. El reacţionează violent în contact cu un obiect rece sau fierbinte. Din contră, ţipetele sale sunt adesea calmate prin mângâieri care îl bucură şi-l satisfac ca pe un mic animal; mângâierea frunţii, contactul moale şi cald al pielii unei alte persoane îi face o mare plăcere şi pare chiar indispensabil pentru el.

b) ***Senzaţiile interoceptive*** (cu punct de plecare în interiorul corpului) neplăcute sunt numai cele digestive. Gazele din stomac, înghiţite în timpul suptului, declanşează câteodată senzaţii extrem de penibile, antrenând frământări, însoţite

de strâmbături ale feţei, de ţipete ce împiedică continuarea suptului, sugarul nu se calmează decât atunci când dă afară gazele; durerile şi inapetenţa aparentă se calmează de la o zi la alta prin corectarea tehnicii de alimentaţie, c) ***Foamea şi setea*** sunt sursele cele mai importante de neplăcere ale sugarului mic; satisfacţia pe care o are când suge merită o atenţie deosebită. Din prima zi de viaţă a nou-născutului sănătos, suptul este singurul gest perfect coordonat şi perfect adaptat; în timp ce toate celelalte mişcări sunt anarhice şi incapabile de a atinge un scop precis, gura, chiar de la naştere, este sediul unui reflex dirijat, bine organizat, atingând cu precizie scopul său şi permiţându-i să se alimenteze. Comportamentul sugarului în timpul suptului este cu totul particular: este calm, fericit, priveşte numai la mama sa, fix şi cu intensitate, „o ***soarbe din*** este intim legat de ea.

Toate aceste senzaţii sunt percepute de sugar încă global (este cuprins de ele în întregime, cu tot corpul). El este total satisfăcut sau total nemulţumit. Este foarte important ca mama să-i urmărească bine nevoile şi ritmul său de viaţă. Va nota pe un caiet orele la care sugarul mănâncă, stă în stare de veghe etc, şi-i va fixa programul zilnic (mese, schimbat, baie, plimbare) în funcţie de caracteristicile şi nevoile individuale. Puţin câte puţin sugarul o cunoaşte pe mama sa: chiar de la sfârşitul celei de a doua luni vocea mamei produce reacţii pe care celelalte voci nu le provoacă. ***Zâmbetul.*** La jumătatea lunii a doua,

sugarul răspunde la îngrijirile şi mângâierile mamei cu primul său zâmbet. La început sunt numai schiţe de zâmbet, grimase ce apar aproape spontan şi corespund – probabil – unor senzaţii plăcute. Dar în mod limpede, de abia în a şasea săptămână va apărea un surâs adresat mamei, ca răspuns la vocea sa, ***nota această dată, care reprezintă un parametru de urmărire a maturării psihice a sugarului şi în acelaşi timp o dată fericită în viaţa de familie.*** Supraveghere şi îngrijiri

Somnul, în cursul celei de a doua luni de viaţă, somnul şi veghea se modifică. Somnul ocupă încă 1718 ore din 24 de ore. Este mai adânc, dar şi mai variabil, în timpul nopţii, fazele de somn au tendinţa de a se suda: sugarul doarme cinci-şase ore fără întrerupere şi renunţă la masa de la ora 24 uneori la ambele, decalat, în decurs de 2 – 3 săptămâni. ***Educaţia somnului.*** La această vârstă trebuie făcut mai mult pentru educaţia somnului. Dacă nu există spaţiu pentru o cameră separată pentru sugar, mama va găsi locul cel mai liniştit şi mai ferit de curenţi din casă. Vocile obişnuite nul deranjează pe sugar. Lumina de la ora prânzului se va reduce (perdele), pentru ca somnul să fie mai adânc, în timpul nopţii se va stinge lumina în camera unde doarme sugarul. Niciun copil nu se naşte cu teama de întuneric şi nu trebuie făcut nimic (nici acum, nici mai târziu) ce iar putea crea această teamă. În primele luni sugarul adoarme repede. Mai târziu stă câtva timp treaz, „vorbeşte” singur şi priveşte în jur.

Starea de veghe devine mai netă, sugarul este mai activ, privirea mai vie. Chiar de la începutul lunii a doua, mama descoperă două sau trei perioade de veghe mai nete: una dimineaţa, una după-amiază şi una seara. Mama va exploata orele de veghe pentru baie, plimbare şi, bineînţeles, pentru alimentare; toate, dar mai ales masa şi baia trebuie programate când sugarul este treaz., în perioadele de veghe, mama îi va vorbi şi (dacă are voce şi bună dispoziţie) îi va cânta.

Din luna a doua, sugarul începe să se integreze în viaţa de familie, în ritmul său propriu, în perioadele de tăcere şi de animaţie din jurul său (R. Debre, Alice Doumiec-Girard). ***Temperatura camerei,*** în camera sugarului se va menţine temperatura în care se simte bine toată familia. Normal, în cărţile străine, se recomandă 18 – 20°C, iar noaptea şi mai puţin (16 – 18°C). În România majoritatea familiilor tind să-şi ţină locuinţa la temperaturi mai ridicate (22 – 24°C). Atâta timp cât nu este excesiv de frig sau de cald, sugarul se va adapta la temperatura care pare mai plăcută adulţilor. Trebuie ştiut însă că sugarii dorm mai bine şi se călesc mai uşor atunci când sunt ţinuţi în camere nu excesiv de încălzite.

Scaunele. Sugarul alimentat natural are un număr de scaune care variază între 1 şi 5 – 6 pe zi. La sugarul alimentat la sân constipaţia adevărată este rară; de aceea nu se întreprinde nimic dacă scaunele sunt mai reduse ca număr. De altfel, după introducerea sucurilor de fructe scaunele devin, în general, mai numeroase şi mai moi. La sugarul alimentat artificial, scaunele sunt mai rare

(1 – 3 pe zi), dar mai voluminoase.

Micţiunile sunt încă destul de numeroase, în jur de 10 în 24 de ore. Sugarul nu va fi schimbat de câte ori urinează, ci numai înainte de masă. Fac excepţie sugarii care nu „se suferă” să stea uzi (se agită, nu dorm, plin) sau cei care sunt predispuşi la eritem fesier (în general cei blonzi, cu pielea foarte fină). Cei la care se folosesc chiloţi absorbanţi („Pampers”) nu mai prezintă agitaţie sau eritem fesier. Când sugarul este prea gros îmbrăcat, camera este prea încălzită şi în lunile de vară micţiunile sunt mai rare şi cu urini în cantitate mică. Dacă numărul de micţiuni scade sub 5 în 24 de ore, se va da sugarului să bea mai mult. Îmbrăcămintea.a) Pantalonaşii. Unii sugari încep să dea din picioare, încât scutecele „nu mai stau” pe ei. Pentru a preveni „desfăşarea” şi pentru a avea libertate de mişcare pot fi îmbrăcaţi în pantalonaşi cu botoşei (salopetă). Se lasă de o parte scutecul mare şi scutecul mic dreptunghiular. Se preferă două scutece din tifon. Pantalonaşul va fi bine fixat (încheiat pe umeri), astfel încât să nu se deplaseze la mişcări.

b) Cel mai comod înfăşat este, după opinia noastră, cel care constă din: ***body*** (o combinaţie de chiloţi scurţi cu cămăşuţă cu mânecă scurtă fixată cu capse între coapsele sugarului), ***pampers*** şi o ***jacheţică sau salopetă.***

c) ***Scutecele*** din celuloză sunt foarte practice, deoarece se economiseşte rufăria şi nu sunt iritante. Trebuie să fie confecţionate însă dintr-un material absorbant. Se folosesc o singură dată.

d) ***Chiloţii*** din cauciuc sau din material plastic sunt impermeabili, împiedicând respiraţia pielii. Produc adesea roşeaţa pielii şi iritaţie; la unii sugari chiloţii din material plastic produc boli alergice ale pielii. Se pot folosi numai în situaţii speciale (excursii mici etc.).

În caz de eritem fesier sunt strict contraindicaţi. Chiloţii absorbanţi, denumiţi „Pampers”, au adus o imensă îmbunătăţire a îngrijirii corporale a sugarului. Se vor procura însă chiloţi „Pampers” adaptaţi la dimensiunile corpului şi de bună calitate, de preferat tip (vezi capitolul anterior).

e) ***îmbrăcarea sugarului pentru plimbare.*** Dacă sugarul este scos la plimbare sau este ţinut afară (balcon, grădină), când timpul este rece se îmbracă cu o jachetă de lână şi o căciuliţă. Se înveleşte cu o pătură sau cu o plapumă, în zilele calde, însorite, se foloseşte îmbrăcăminte din bumbac. Vara, corpul trebuie protejat de acţiunea directă a razelor solare.

Încălţămintea la această vârstă se reduce la botoşei. ***Suptul degetului.*** În luna a 2-a sugarul începe să-şi sugă degetul. Din luna a 3-a şi mai ales din luna a 4-a, când este în stare să-şi controleze mâinile, suptul degetului este mai frecvent, putând deveni o problemă. Dacă sugarul îşi suge degetul numai înainte de masă, înseamnă că este flămând; dacă însă îl suge numai după masă s-ar putea să nu se fi săturat sau să-şi fi format deprinderea aceasta de pe acum pentru a adormi. ***Intre deget şi suzetă se preferă***

suzeta! Ombilicul mai ridică probleme şi în luna a 2-a la unii sugari. Ombilicul poate fi proeminent. Este vorba de aşa-numitul ***ombilic cutanat.*** Nu are nicio legătură cu modul cum a fost legat ombilicul la naştere. La palpare nu se simte nicio lipsă de substanţă în peretele abdominal (ceea ce se întâmplă de regulă în caz de hernie).

Nu se ia nicio măsură: nu sunt motive de îngrijorare! ***în caz de hernie ombilicală,*** peretele abdominal este proeminent. Hernia se datorează unei laxităţi tranzitorii a ţesutului dintre muşchii peretelui abdominal (pe linia mediană). Cu vârsta, muşchii se fortifică şi aproape toate aceste hernii dispar în decurs de câteva luni. Unii medici recomandă însă aplicarea unui pansament cu leucoplast, în ultimul timp se recomandă tot mai puţin acest lucru, deoarece leucoplastul nu ajută la rezolvarea herniei ci – dimpotrivă – singurul efect cert este iritaţia locală a pielii de care aderă leucoplastul. Numai în foarte rare cazuri este necesară intervenţia chirurgicală (la cele care persistă după vârsta de 3 ani). ***Turtirea capului*** nu este un semn patologic la această vârstă. Dacă sugarul stă culcat mai mult pe spate, regiunea occipitală se turteşte puţin. Dimpotrivă, regiunea occipitală este mai proeminentă când sugarul doarme pe o parte.

Deformarea se datorează faptului că la sugar oasele sunt mai moi; deformarea este tranzitorie. Dacă nu este prea accentuată, capul revine la forma normală după vârsta de 9 luni.

Recomandările de a schimba poziţia capului

sugarului când pe o parte, când pe alta, eşuează de regulă, deoarece sugarul (ca şi adultul de altfel) preferă să doarmă pe o anumită parte. Tentativa de ai fixa capul între perne este periculoasă, putând duce la sufocarea sugarului.

Mai multe succese se obţin dacă în perioadele de veghe se schimbă fie poziţia sugarului, fie poziţia patului, pentru al stimula să întoarcă privirea spre partea de cameră care prezintă interes (membrii familiei care vorbesc şi se mişcă; un obiect strălucitor etc.).

Se va urmări ca salteaua să fie fermă şi să aibă o suprafaţă perfect orizontală, fără neregularităţi sau înclinaţii, care-l fac pe sugar să alunece mereu în aceeaşi parte.

Se va urmări de asemenea evitarea deformării pavilioanelor urechilor.

Numai după luna a mă – a IV-a, turtirea craniului asociată cu înmuierea zonei parietoocdpitale poate constitui un semn precoce de Se va consulta pediatrul!

Curăţenia corporală. Baia se face zilnic, iar spălarea capului poate fi făcută şi numai de 2 – 3 ori pe săptămână, în cazul în care nu este posibilă baia generală zilnic, se va face totuşi „baie parţială”.

Revenim cu indicaţia de a nu se curăţa zilnic orificiile nazale şi ale conductului urechii. Este suficient dacă nasul se curăţă pe deasupra când se spală faţa cu mănuşa. La spălarea (curăţirea) urechilor, se insistă mai mult la cuta de după urechi; ştergerea cu prosopul va fi foarte minuţioasă, atât la pavilioanele urechii, cât şi la

zonele din jurul lor. Umezeala de la orice cută a pielii duce la iritaţii, roşeaţă şi chiar la infecţii secundare, cu eroziuni şi zemuiri („intertrigo retroauricular”, de exemplu).

Este o greşeală de a se umbla zilnic în nasul sugarilor cu tampoane de vată sau cu comprese. Cu atât mai mult este o mare greşeală de a se folosi chibrituri sau alte obiecte dure, înfăşurate în vată, pentru a curăţa nasul şi urechile. Dacă sugarul are guturai, i se uşurează respiraţia punând de mai multe ori pe zi picături de ser fiziologic în nas, după care se aspiră mucozităţile înmuiate de acest „ser” cu ajutorul unei pompiţe sau a unei pere mici de cauciuc cu extremitatea efilată (foarte subţire). Serul fiziologic cu adaos de efedrină folosit prea des poate produce agitaţia sugarului. Supraîncălzirea camerei în care este ţinut sugarul duce la uscarea mucoasei nazale, cu dificultăţi în respiraţia nazală, nelinişte, tulburări de somn.

Nu se şterge gura sugarului, deoarece se pot produce leziuni ale mucoasei bucale, ce constituie porţi de intrare pentru microbi.

Jocul, în luna a U-a mama îşi programează zilnic o scurtă perioadă de „joc”, în care sugarul să poată simţi şi savura atenţia, căldura şi afecţiunea mamei. Dacă este posibil este bine să asiste şi chiar să participe tatăl, care este dator să înveţe să se poarte cu sugarul, încă de acum în ce e înfiriparea „comunităţii” MAMĂ-COPIL-TATĂ. În timpul acestui joc, sugarul va fi îmbrăcat mai uşor, pentru a avea posibilitatea să se mişte în voie. Sugarul se bucură de vocea mamei, de zgomotul

unei jucării; dacă-i se trec prin faţa ochilor lentilele unor ochelari sau un obiect strălucitor întoarce privirea spre el, iar dacă obiectul este mişcat, încearcă să-l urmărească câteva momente. ***Scoaterea afară la aer şi soare.*** Dacă vremea este favorabilă, nou-născutul poate fi scos la aer de la vârsta de 2 săptămâni. Dacă din cauza condiţiilor meteorologice nu să putut face nicio plimbare pe afară în primele săptămâni de viaţă, acest lucru trebuie făcut neapărat imediat ce sugarul a împlinit o lună. Pe lângă o alimentaţie şi o îngrijire corectă, sugarul are nevoie de aer şi soare suficient pentru ca să se dezvolte bine. Scoaterea pe balcon sau în grădină cer mai puţin timp din partea mamei. Dacă este posibil, sugarul trebuie scos la aer 1 – 3 ore în fiecare zi. Chiar şi mamei îi prinde bine o astfel de pauză pentru destindere şi mişcare, în caz că vremea este urâtă sau în zilele prea friguroase de iarnă se poate apropia patul de fereastra deschisă, timp de 1 – 2 ore; îmbrăcămintea va fi la fel ca pentru plimbare. Plimbarea sugarului nu înseamnă însă scoaterea „în lume”. Mama va avea grijă să nu se apropie străini de căruciorul sugarului. Pentru sugar cel mai bine este să fie aşezat într-un loc liniştit, ferit de vânt, pe un balcon sau într-o grădină. Dacă este scos la plimbare se vor evita străzile aglomerate, zgomotoase, praful, aerul poluat de maşini, mijloacele de transport în comun.

Vizita medicală. Chiar dacă un sugar este sănătos şi creşte bine, el trebuie văzut periodic de medicul de familie, în fiecare lună. Medicul poate controla astfel stadiul lui de dezvoltare, depistează

la timp unele boli, fixează alimentaţia. De la medicul de familie mama se informează asupra amănuntelor privind alimentaţia, îngrijirile, creşterea sugarului. Este bine ca mama să-şi noteze din timp problemele care o preocupă şi să le clarifice cu medicul sau cu asistenta de ocrotire în cursul vizitelor la domiciliu sau la cabinetul medical. Neglijenţele din primele luni de viaţă ale sugarului pot avea ca urmare tratamente medicale ulterioare prelungite.

Reluarea activităţii profesionale de către mamă în prezent, legislaţia prevede un concediu plătit timp de 2 ani pentru îngrijirea copilului. Totuşi sunt mame care din diferite motive încep să lucreze cu mult înainte de epuizarea concediului prevăzut de lege.

Persoana care îngrijeşte copilul în lipsa mamei care-şi reia serviciul va fi aleasă cu mult discernământ. Rudele sunt cele mai bune înlocuitoare, cu condiţia ca, în absenţa mamei, copilul să fie îngrijit conform indicaţiilor părinţilor, medicului şi asistentei de ocrotire.

Se poate apela eventual la o vecină, care are de asemenea un sugar. Dacă lucrează în schimburi, cele două vecine vor îngriji alternativ pe cei doi sugari. Mamele care lucrează în schimburi pot lăsa copiii acasă în grija taţilor, dacă programul de lucru al acestora o permite. Persoana care se ocupă de îngrijirea sugarului trebuie să îndeplinească următoarele condiţii:

– Să fie o persoană de încredere;
– Să fie cinstită;
– Să aibă experienţă în îngrijirea copilului;

– Să iubească copilul şi să se poarte frumos cu el;

– Să aibă Buletin de identitate cu viza „la zi” la Circa de poliţie de care aparţine (adresa va fi notată bine de părinţi);

– Să fie sănătoasă: se va face în prealabil microradiografia pulmonară, reacţia Bordet Wassermann (pentru depistarea sifilisului), examen genital în vederea depistării unei boli venerice, se va verifica să nu aibă vreo boală de piele (infecţioasă sau micotică), să nu sufere de vreo afecţiune nervoasă sau psihică;

– Să nu aibă tulburări de comportament;

– Să aibă isteţimea necesară pentru a se descurca în situaţii neprevăzute.

Ce informaţii se dau femeii care rămâne singură în casă cu sugarul: denumirea, adresa şi numărul de telefon ale instituţiilor unde lucrează cei doi părinţi; numele, adresa şi numărul de telefon al persoanelor la care eventual părinţii merg în vizită; folosirea trusei medicale în caz de urgenţă; numărul de telefon al medicului de familie şi adresa spitalului de copii.

3.2. De la 2 la 3 luni în următoarele patru săptămâni începe un stadiu de dezvoltare ce ar putea fi numit „săptămânile de aur” ale vârstei de sugar.

În luna a treia sugarul ia aspectul caracteristic: capul devine mai rotund, buzele roze, privirea vie; se schimbă treptat culoarea părului şi a ochilor.

Sugarul şi-a fixat un program de alimentaţie şi de somn. Nu mai doarme atât de mult şi în

perioadele de veghe plânge mai puţin. Cu multă curiozitate şi nevoie de cunoaştere cercetează tot cel înconjoară. Se bucură de societatea mamei şi îi comunică prin semne că se simte bine. Urmăreşte feţele, vocile şi mişcările umane. Sugarii „înapoiaţi” nu sunt interesaţi de oamenii din jur.

Unii îşi descoperă mâinile, le privesc şi se joacă cu ele minute în şir (majoritatea capătă această capacitate spre sfârşitul lunii a IV-a). Pedalează mult, dacă picioarele sunt descoperite sau dacă poartă pantalonaşi.

Încep să se schiţeze primele semne ale personalităţii.

Din luna a treia îngrijirea sugarului permite mamei destul de multă libertate. Ea va folosi acest timp liber pentru a se juca cu el; jocul este un adevărat eveniment pentru sugar. Dragostea şi atenţia care i se acordă acum vor fi răsplătite din plin. Alimentaţia

Orarul şi numărul meselor. Unii sugari mai primesc 6 mese pe zi; totuşi, dacă el trebuie trezit pentru a i se da ultima masă, mama poate să încerce să-l treacă la 5 mese în 24 de ore, mărind intervalele dintre mese la ***3Yi*** – 4 ore. Indiferent de felul alimentaţiei (naturală, mixtă, artificială), sugarii – în marea lor majoritate – ajung să se mulţumească cu 5 mese în 24 de ore; numai o parte dintre sugari mai au încă nevoie de 6 mese pe zi la 3 luni; foarte puţini mai sug de 7 ori în 24 de ore.

Raţia alimentară este mai mare, dar cu variaţii importante de la un sugar la altul. Unii se mulţumesc şi cresc cu 650 – 700 ml în 24 de ore,

respectiv 110 – 120 ml în medie la fiecare masă, iar alţii ţipă şi după ce primesc 850 – 1.000 ml în 24 de ore (6 mese x 150 ml sau 180 ml x 5 mese în 24 de ore). Medicul va adapta raţiile, care nu se vor impune după reguli teoretice, ci se vor individualiza la apetitul şi nevoile nutritive ale fiecărui sugar.

La sugarii alimentaţi cu produse adaptate (Similac, Morinaga, Remedia, Nutricare special etc.) sau parţial adaptate (Milupa 1, Nutrilon premium, Aptamil 1. Humana 1, Beba, Nan etc.) se va folosi concentraţia recomandată pe cutie. Nu sunt necesare adaosuri de făinoase (cereale-instant, griş etc.), lăpturile respective având o cantitate suficientă de hidrocarbonate. (Vezi tabelul 2.1, pag. 125). La sugarii hrăniţi cu lapte de vacă nemodificat, nedegresat (34 – 40% grăsimi) se va menţine concentraţia de 2/3 (2

părţi lapte şi 1 parte apă), totul îndulcit cu 5% zahăr. La cei cu tendinţă la diaree diluţia se va face cu decoct („apă”) de orez 3%. La sugarii care nu cresc şi care au o toleranţă digestivă bună se va creşte concentraţia la 3/4 (3 părţi lapte şi o parte apă), îndulcit cu o linguriţă rasă de zahăr, fierte împreună. Teoretic este necesar ca să se adauge şi ulei de floarea soarelui (1/4 linguriţă).

În cazul ***alimentaţiei n,*** unii sugari sunt nemulţumiţi la sfârşitul unor mese. Mama va face totul pentru a ameliora secreţia lactată: se va odihni şi va dormi îndeajuns, va bea lichide suficiente, nu se va enerva, va lăsa sugarul să golească bine sânul etc. Obsesia că nu are lapte suficient sau căi piere laptele are un efect negativ

asupra secreţiei lactate. Nu suntem de părere să se practice „proba suptului”, care duce la nevrozarea mamei şi la concluzii eronate. Dacă la cântărirea de la sfârşitul săptămânii creşterea este sub 150 g, iar sugarul continuă să plângă după unele mese şi cere să mănânce mai des, se poate introduce un preparat de lapte din produsele adaptate sau parţial adaptate, după recomandările medicului, la masa a III-a sau a FV-a, începând cu cantităţi mici (30 ml), crescute progresiv până la înlocuirea unei mese întregi, înlocuirea unei mese asigură mamei un repaus fizic şi posibilitatea ca secreţia lactată să fie suficientă la celelalte mese.

În timpul când se înlocuieşte o masă la sân cu un preparat de lapte nu se mai fac alte modificări în alimentaţie şi se urmăresc cu atenţie mai mare scaunele (număr, consistenţă, miros).

Introducerea sucurilor de fructe sau de in ţara noastră se obişnuieşte să se introducă sucurile şi/sau pulpa de fructe sau de zarzavaturi foarte devreme. Cercetări recente au dus la concluzia că sugarul nu este dezvoltat fiziologic (masticaţie, înghiţire, digestie) şi nu are nevoie de ele decât mult mai târziu (vezi pag. 144,148).

Sucurile pot fi preparate casnic sau gata preparate şi manufacturate în sticle mici (Bebelac). Menstruaţie şi alăptarea. La o parte din mamele care alăptează, foliculii o varie ni nu se în aiurează, menstruaţia nu revine decât după înţărcarea copilului. La multe altele însă, ovarele îşi reiau activitatea mai devreme, în timpul menstruaţie! mamei, unii sugari sunt mai agitaţi,

sug mai prost şi pot avea scaune grunjoase. Se pare că prin lapte se elimină unele substanţe (menotoxine), care ar fi cauza tulburărilor mai susamintite. Dovada ar constituio observaţia că frunzele de muşcată se ofilesc repede când se pun într-un pahar cu lapte de mamă din timpul menstruaţiei, spre deosebire de laptele obişnuit, în care ele îşi menţin prospeţimea şi culoarea. Nu se întrerupe alăptarea! Dacă a survenit o nouă sarcină în perioadă de alăptare, medicul va decide momentul înţărcării, dar nu mai târziu de luna a V-a de sarcină, când organismul matern nu poate face faţă la ambii „paraziţi”.

Vitamine. Sugarul primeşte din lapte cantităţile necesare de vitamina A, precum şi vitamine din grupul B. ***Vitamina D*** nu se găseşte în cantităţi suficiente în niciun aliment, în afară de ficatul de morun. Cantităţile mici din gălbenuşul de ou, lapte, unt etc, nu acoperă nevoile copilului. Multă vreme medicii de copii au afirmat că, dacă sugarul este ţinut mult la soare nu mai este nevoie să i se administreze un preparat cu vitamina D. Nu se ştie sigur cât trebuie expus la soare un sugar pentru a-i acoperi necesităţile de vitamină D. Nimeni nu se poate baza numai pe soare, atunci când atmosfera este plină de praf, fum sau ceaţă. De aceea, în primul an de viaţă trebuie să se administreze vitamina D în doză suficientă tot timpul anului, sub forma indicată de medic, în caz contrar vor apărea semne de rahitism, care se instalează din luna a IV-a de viaţă, în perioadele de creştere maximă. Formele grave de rahitism apar îndeosebi la prematuri, gemeni şi la sugarii

care s-au născut cu greutate mică şi apoi au crescut rapid. (Vezi pag. 128). Creşterea şi dezvoltarea Creşterea

Creşterea în greutate este de 25 – 30 pe zi, respectiv 750 – 900 g pe lună. Dacă s-a născut cu 3.200 g, la începutul lunii a 3-a cântăreşte 4.700 g, iar la începutul celei de a 4-a luni 5.300 – 5.750 g, înseamnă că sugarul a crescut normal. ***Lungimea.*** Dacă s-a născut cu 50 – 52 cm, la sfârşitul lunii a 3-a va avea cu 10 cm mai mult! Dezvoltarea motorie şi psihică

Motricitatea, a) ***Aşezat pe spate*** („decubit dorsal"). Sugarul poate sta culcat pe spate în poziţie simetrică; uneori încearcă să se întoarcă spre ambele părţi; de aceea, de la această vârstă apare pericolul de cădere de pe masa de înfăşat.

Capul poate fi ţinut pe linia mediană, dar frecvent îl întoarce şi-l ţine într-o parte sau alta, partea trunchiului de latura respectivă părând mai scurtă şi sugerând o poziţie asimetrică.

Mâinile pot fi aduse, spre sfârşitul lunii a 3-a, pe linia mediană pentru a fi privite, „Descoperă" mâinile şi îşi petrece mult timp privindu-le şi observându-le în mişcare. Mâinile sunt primele părţi ale corpului pe care sugarul le descoperă căi aparţin. Treptat, în cursul lunii a treia, degetele se deschid şi se întind; spre trei luni palma este aproape complet desfăcută, cu degetele numai uşor îndoite. Dacă i se pune în mână o jucărie (uşoară, viu colorată, sunătoare) o apucă şi o ţine strâns câteva minute. Câteodată „cuprinde" obiectul cu ochii şi încearcă să-l ducă

la gură. Este un început al coordonării mişcării între simţul tactil (pipăit) şi văz.

Membrele inferioare se găsesc în rotaţie externă, îndoite şi uşor îndepărtate. În stare de veghe pedalează („dă din picioare”) tot timpul (fig. 3.3).

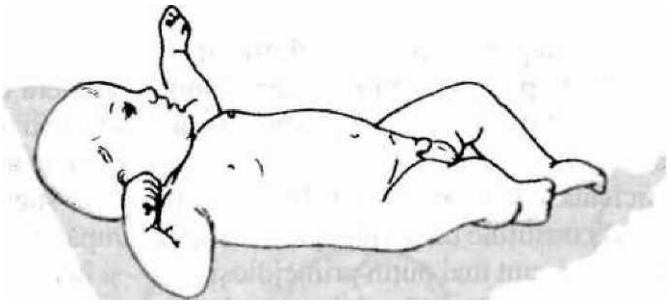


Fig. ***3.3***Sugar în luna a 3-a.

b) ***Culcat pe burtă*** („decubit ventral”). Sugarul stă în poziţie simetrică, sprijinit pe antebraţe situate în faţă. Poate să ţină capul ridicat timp de un minut până la un unghi de 60 – 90°. Sprijinul pe antebraţe este încă instabil. Capul poate fi mişcat şi culcat când pe o parte, când pe alta. Sugarul execută uneori mişcări de târâre, fără a reuşi să se deplaseze.

c) ***Tracţiunea din poziţia culcat*** pe Dacă sugarul este apucat de mâini reuşeşte să-şi ridice capul, dar acesta în timpul ridicării mai pendulează într-o parte sau în alta. După ce însă a fost bine ridicat, capul nu mai cade înainte sau înapoi.

În timpul tracţiunii, membrele inferioare sunt şi ele duse în faţă, dar persistă îndoirea în articulaţia genunchilor (fig.

3.4).

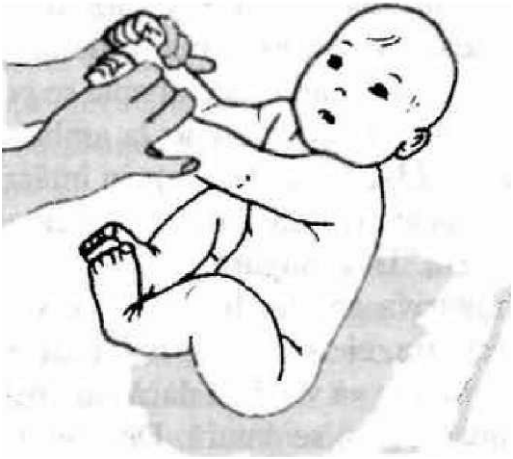


Fig. 3.4 – în tracţiunea din culcat pe spate, sugarul ridică şi ţine capul.

d) ***Ridicarea în picioare cu susţinerea de subsuoară (axile).*** Dacă mama susţine pe sugar de subsuoară, acesta se sprijină pe picioare pentru scurt timp. Membrele inferioare par contractate cu genunchii în extensie (întinşi) şi cu flexie (îndoire) în articulaţia şoldului. Trunchiul este în extensie; capul este bine controlat şi se poziţionează în spaţiu. ***Motricitatea fină şi apucarea.*** Sugarul îşi priveşte mâinile şi le ridică, cu braţele uşor flectate deasupra capului. Nu mai introduce toată mâna în gură, ci un singur deget. ***Apucarea.*** Sugarul poate apuca degetul mamei sau un obiect care i se oferă, chiar dacă mişcarea este încă necoordonată. Apucarea este încă palmară (prindere „simiană”, de maimuţă) şi mai mult cu degetele mici („cubitopalmară”).

Jucăria este ţinută strâns şi muşcată, apoi cade neintenţionat. Nu poate să-i dea drumul voluntar. ***Limbajul şi contactul social,*** a) ***Limbajul.*** Sugarul râde zgomotos dacă-i se

vorbeşte, întoarce capul spre persoana care-i vorbeşte şi gângureşte spontan, începe să emită mici zgomote (sunete) care seamănă cu f, v, s sau th englezesc. b) ***Contactul social.*** Priveşte fix pe mamă şi zâmbeşte când i se vorbeşte. Urmăreşte cu privirea persoanele şi fixează figurile care se apropie de el.

Sugarul de 2 – 3 luni comunică totdeauna cu mama sa în mod global: destins, calm, surâzător dacă este fericit; din contra este agitat, plângăreţ, dacă are o indispoziţie oarecare. Este dependent de reacţiile celor din jur (anxietatea mamei, agitaţia din jur) şi reacţionează corespunzător. Dacă plânge, se linişteşte prin luarea în braţe, mângâiere, căldură corporală şi vorbire. Plânsul are nuanţe variate.

Urmăreşte vocile, feţele şi mişcările umane.

Auzul şi localizarea zgomotelor. Sugarul se opreşte din mişcare şi, uneori, se întoarce spre sursa de zgomote. La cercetarea auzului se recomandă ca zgomotele să aibă calităţi diferite (clopoţel, voce înceată, fâşâit de hârtie, muzică etc.). Dacă zgomotul este puternic, sugarul ţipă

„Nemulţumit”.

Vederea şi mişcările globilor oculari. Face progrese în folosirea ochilor. Vede obiecte la distanţa de 30 – 40 cm şi le urmăreşte cu ochii şi prin mişcarea capului. Mişcările globilor oculari sunt coordonate; din când în când se mai uită „cruciş”. Sugarul cunoaşte şi „cuprinde” lumea din jur mai întâi cu ochii.

A

Afectivitatea, începe să răspundă mai

prompt la prezenţa, la vorbele, la stimulările mamei, care-l pot face să surâdă. Sugarul devine foarte sensibil la vocea mamei, care-l încântă, îl face să zâmbească, să radieze A

de bucurie. În tot lungul vieţii, vocea mamei va rămâne unică. Mama ştie acum să-i înţeleagă privirea, a învăţat cum să-l liniştească. Sugarul este calmat de prezenţa mamei sau dacă este luat în braţe cu capul sprijinit pe umerii mamei. Supraveghere şi îngrijiri

Scaunele. Se menţine, în general, numărul zilnic de scaune din cursul lunii precedente. În funcţie de alimentaţie, aspectul şi consistenţa lor diferă; uneori sunt mai grunjoase. Se consideră că ***sugarul este constipat*** atunci când materiile fecale sunt tari, uscate şi sunt eliminate cu greutate; numărul scaunelor este mai puţin important. Dacă un sugar nu are colici şi dacă emisiunea de materii fecale se face fără dificultăţi, nu se consideră constipaţie, chiar dacă are 2 – 3 scaune pe săptămână, în condiţiile unei alimentaţii corecte, constipaţia este rară şi de obicei se rezolvă cu o mică modificare a alimentaţiei.

În cazuri rare constipaţia poate fi semnul unei boli congenitale denumite megadolicocolon, întâlnită îndeosebi la băieţi. Se tratează chirurgical.

Multe mame folosesc din proprie iniţiativă supozitoare cu glicerină. Dacă se abuzează de supozitoare, sugarul se obişnuieşte, devine dependent de ele şi ajunge să nu mai aibă scaune spontane. Nu se va folosi termometrul (sau coada de muşcată!) pentru a provoca scaunul sugarului.

Adaosul de 1 – 2 vârfuri de lactoză dizolvată în ceai este soluţia bună.

Când se schimbă sugarul? Spre sfârşitul lunii a treia mulţi sugari nu „se mai suferă” murdari şi nici chiar uzi. Dacă devin agitaţi, plâng sau nu adorm vor fi schimbaţi mai des; acest lucru este mai uşor de realizat, deoarece sugarul este mai simplu înfăşat, iar micţiunile sunt mai rare. Dacă nu plânge, sugarul nu va fi schimbat după fiecare micţiune. Folosirea de chiloţi absorbanţi („Pampers”) previne astfel de neplăceri.

Somnveghe. Dacă până acum foarte multe mame nu concepeau să doarmă decât cu sugarul în cameră, ***de la împlinirea vârstei de 3 luni este bine ca sugarul să doarmă singur, în cameră separată,*** încăperea în care doarme trebuie să fie bine aerisită, lipsită de curent şi liniştită. Asta nu înseamnă că trebuie să se meargă în vârful picioarelor şi să se vorbească în şoaptă. Sugarul se va deprinde să doarmă bine cu toate zgomotele obişnuite dintr-o casă. Niciodată sugarul nu trebuie să doarmă cu mama într-un pat!

Dacă sugarul doarme neîntrerupt toată noaptea şi dacă are patul său propriu poate împărţi camera cu 1 – 2 fraţi. Nu este însă recomandabil să doarmă cu un alt copil mic (până la 4 ani). Un copil de 2 – 3 ani nu are suficientă minte pentru a fi lăsat singur cu un sugar, fără să constituie un pericol pentru acesta. După vârsta de 5 – 6 ani sunt mai puţin primejdioşi, dar – şi în aceste cazuri – se vor lua măsuri de prevedere (se

va interzice copiilor mari să coboare peretele mobil al patului; nu se vor lăsa medicamentele la îndemâna lor etc.).

În plus, orele de somn ale sugarului şi copiilor mai mari nu coincid, în astfel de cazuri este mai bine ca sugarul să doarmă în altă cameră; numai după vârsta de 2 – 3 ani, un copil nu deranjează pe fraţii mai mari.

a) ***Patul.*** Dacă s-a folosit până acum un coş pentru dormit, după luna a 3-a, acesta va fi schimbat cu un pat. A, b) ***Fereastra.*** În camera în care doarme sugarul, fereastra se deschide în funcţie de anotimp, în lunile calde, ferestrele se pot ţine deschise toată ziua, cu condiţia să nu se formeze curent. Vara, fereastra poate fi lăsată întredeschisă şi în timpul nopţii. Iama, acest lucru nu este indicat; este suficient să se aerisească bine camera înainte de a culca sugarul. Se poate menţine însă o fereastră deschisă în camera învecinată, având aceeaşi grijă de a nu se produce curent.

c) ***Perioada de somn din timpul nopţii*** continuă să se prelungească şi să fie mult mai bine delimitată de perioadele de veghe. Somnul de noapte se prelungeşte fie prin renunţarea de către sugar la ambele mese de noapte (la orele 23 – 24 şi 2 – 3), fie prin întârzierea orei de trezire dimineaţa (6 – 7,30) la sugarii care mănâncă seara mai târziu. Unii sugari se trezesc încă foarte devreme; împotriva acestui lucru nu se va face însă nimic. Din fericire, ei vor dormi mai mult pe măsură ce vor creşte. Mama va verifica dacă sugarul mănâncă suficient seara şi dacă se satură.

De asemenea poate încerca să-i deplaseze ultima masă cu o oră mai târziu. E posibil să nu se realizeze mare lucru, dar merită încercarea.

d) ***Utilizarea de calmante se face numai la prescripţia medicului,*** înainte de a se administra calmantele, se va cerceta cu grijă pentru a se depista şi înlătura cauzele care au dus la tulburări de somn. Dacă medicul ajunge să recomande un calmant sau un somnifer, înseamnă că el are motive întemeiate şi mama este datoare să aplice conştiincios tratamentul.

e) ***Poziţie în somn.*** Se va urmări sugarul şi va fi culcat şi pe viitor în poziţia ce pare că îi place mai mult. Pe lângă poziţia culcat pe o parte este tipică şi poziţia în decubit dorsal (cu faţa în sus), cu mânuţele ridicate pe lângă cap (fig. 3.5

Fig. 3.5 – Poziţia în somn a sugarului.

f) ***Ţinerea capului într-o singură parte.*** Sugarul îşi formează deprinderea să privească mereu într-o parte, atunci când este culcat în aceeaşi poziţie şi să urmărească ceea ce se petrece în jurul lui. Uneori îşi menţine aceeaşi poziţie şi când este ţinut în braţe sau când este culcat diferit, chiar după mai multe săptămâni. Mama va schimba des poziţia sugarului, culcându-

l cu capul când la o extremitate, când la cealaltă a patului, astfel încât el să privească în direcţii diferite atunci când urmăreşte ce se întâmplă în jurul lui. Foarte rar sugarul are unul din muşchii gâtului prea scurt şi, ca urmare, are dificultăţi în a-şi întoarce capul într-o anumită parte. Acest defect poartă numele de ***torticolis*** şi apare, de obicei, la sugarii născuţi în prezentaţie pelviană. Se rezolvă treptat mai târziu, în formele obişnuite, gimnastica medicală este eficientă.

Părul, în regiunea occipitală şi/sau regiunile parietale se formează zone de alopecie (chelie), respectiv părul fin cu care se naşte cade când sugarul îşi freacă mai mult capul pe saltea, în zonele cu „chelie” va creşte un păr nou, adesea cu o culoare mai închisă. Unii sugari pierd tot părul fin cu care s-au născut; creşterea altui păr are loc în câteva săptămâni (mai rar), în câteva luni sau până la un an. Pierderea acestui păr este normală; nu se poate face nimic pentru evitarea acestui fenomen sau pentru grăbirea creşterii părului. ***Strabismul.*** Mulţi sugari au un strabism (se uită „cruciş”) intermitent. Muşchii care coordonează mişcările globilor oculari lucrează încă deficitar la această vârstă. Nu înseamnă că sugarul va rămâne cu privirea „crucişă”. Se vor aştepta câteva luni înainte de a întreprinde ceva (după 9 luni). La această vârstă se recomandă exerciţii zilnice pe perioade foarte scurte, „plimbând” prin faţa ochilor sugarului la o distanţă de 20 – 30 cm un obiect viu colorat sau o lentilă de ochelari.

Boliinfecţioase. Independent de vârstă, dacă vine în contact cu un bolnav, sugarul se

poate îmbolnăvi de următoarele boli infecţioase: varicelă (vărsat de vânt), paralizie infantilă, difterie, tuse convulsivă, tuberculoză, infecţii stafilococice, streptococice şi diverse „răceli”. În primele 2 – 3 luni de viaţă sugarul este de obicei imun faţă de unele boli (se naşte cu capacitate de apărare împotriva infecţiei, moştenită de la mamă), de exemplu faţă de rujeolă (pojar). ***Vaccinări.*** Din luna a III-a încep vaccinările obligatorii în perioada de sugar: trivaccinul ***(DTP)***

Împotriva difteriei (Di), tetanosului (Te) şi tusei convulsive, care se mai numeşte şi pertussis ***(Per),*** precum şi ***vaccinarea antipoliomielitică*** (împotriva paraliziei infantile), care constau din trei administrări la interval de o lună, în ultimul timp la noi în ţară se face şi vaccinareaim ***potriva hepatitei B.*** Mama este obligată să meargă la dispensar, atunci când este convocată pentru vaccinare, deoarece vaccinul se face în zile precise, în campanii dinainte planificate. Dacă se pierde o anumită vaccinare, sugarul este periclitat, iar vaccinarea şi rapelurile respective sunt perturbate. Medicul de dispensar (de familie) este singurul care decide amânarea vaccinării, în funcţie de sănătatea sugarului, în caz că familia este plecată în altă localitate (sau sector) în perioada de vaccinare se poate adresa dispensarului teritorial respectiv, pentru administrarea vaccinului.

Vaccinarea DTP poate fi urmată de reacţii locale (înroşire şi umflare la locul injecţiei, care este dureros) şi generale (agitaţie, febră bruscă).

Se aplică local comprese reci şi se administrează antitermice (paracetamol) şi sedative (fenobarbital). Simptomele dispar în maximum 24 de ore. După vaccinarea antipoliomielitică se remarcă uneori scăderea poftei de mâncare şi modificarea scaunelor (mai puţin legate), fenomene ce pot dura chiar

1 Vezi pag. 139.

şi două săptămâni. Va fi consultat medicul în privinţa modificării alimentaţiei.

De subliniat că timp de o lună de la administrarea vaccinului antipoliomielitic trebuie evitate tratamentele sub formă de injecţii. În această perioadă profilaxia rahitismului se poate continua cu preparate de vitamina D pe cale bucală. ***Prevenirea accidentelor.*** Sugarul este prea mic pentru a produce singur un accident. Dacă are loc vreun accident, acesta se întâmplă numai din vina adulţilor. Ca măsură de prevedere se recomandă următoarele:

– Nu se toarnă apă fierbinte în căditţă!

– Temperatura apei din cadă se măsoară numai cu termometrul ***(nucu cotul!).***

– Nu se lasă sugarul singur pe masa de înfăşat!

– Nu se lasă sugarul singur în cadă!

– Sugarul va fi aşezat întotdeauna perpendicular pe lungimea mesei de înfăşat şi nu de-a lungul ei! (dacă se întoarce de pe o parte pe alta sau se rostogoleşte, riscurile de a cădea sunt mai mici).

– La fiecare culcare a sugarului în pat se

controlează dacă pereţii laterali ai patului sunt bine fixaţi!

– Nu se lasă sugarul singur în casă cu fraţii de vârstă mică (2 – 6 ani)!

– De la vârsta de 3 luni nu se lasă sugarul singur în patul mare al părinţilor (cade jos, se sufocă cu perna sau plapuma)!

– Nu ţineţi sugarul lângă dv, în pat, puteţi adormi şi la o răsucire involuntară îl sufocaţi!

– Nu se expune patul copilului lângă uşa sobei de teracotă sau lângă o sobă de fier încălzită (pericol de incendiu).

– Nu se pun pe acelaşi raft medicamentele de „uz extern” cu cele de „uz intern” pentru a nu le confunda!

– Nu se pun sticle calde direct pe pielea sugarului!

– Nu se pun reşouri în apropierea patului sugarului!

– Nu se aplică comprese cu alcool sau cu ţuică!

– Nu se ţine sugarul „la soare” sau afară cu capul descoperit în zilele prea călduroase.

– Nu se încălzeşte camera prea mult (peste 24°C). ***Jucăriile.*** Interesul pentru joc s-a trezit, deoarece sugarul a început să apuce diferite obiecte cu mâinile. Un clopoţel sau o jucărie sunătoare îi fac multă plăcere, chiar dacă îi cad din mână. Îl bucură obiectele colorate (roşudeschis, galben, bleu) şi care fac zgomot. Deasupra patului se poate agăţa un trapez cu jucării suspendate.

Suptul degetului. Am arătat anterior că o

parte din sugari încep să-şi sugă degetul. În general această deprindere se manifestă între 2 şi 3 luni, când sugarul suge mai viguros, prânzurile sale sunt mai scurte şi deci suptul mai scurt, iar perioadele de veghe se prelungesc în detrimentul somnului din primele săptămâni de viaţă. Mai mult de jumătate din sugari îşi sug degetele sau numai degetul mare. Nu există însă o unanimitate de vederi asupra motivelor care îl fac pe copil să-şi sugă degetul. Adesea, mamele şi chiar medicii consideră că un copil care-şi suge degetul a căpătat o obişnuinţă proastă, astfel încât întreaga familie ajunge să caute modalităţile prin care să-l împiedice să ţină degetul în gură.

În primul an de viaţă, suptul degetului trebuie considerat ca ceva normal.

După Benjamin Spock, motivul principal care îl face pe sugar să-şi sugă degetul este faptul că alimentarea la sân sau la biberon nu au satisfăcut suficient nevoia sa de supt. Un alt american, David Levy, a constatat că sugarii hrăniţi din trei în trei ore sugeau relativ mai rar degetul decât cei hrăniţi din patru în patru ore; sugarii care-şi goleau biberonul în 10 minute (ceea ce se întâmplă când orificiile tetinei sunt foarte largi) îşi sugeau degetul mai mult decât cei care sugeau timp de 20 de minute.

Alţi autori (Hofmeier, Schneider şi Müller) presupun că factorii care-i fac pe copii să-şi sugă degetul ar fi: un fond de sensibilitate aparte; lipsa de afecţiune şi de duioşie din partea părinţilor; relaţii necorespunzătoare în viaţa de familie.

După P. Mozziconacci şi A. Doumic-Girard,

sugarul îşi suge degetul pentru că încearcă să regăsească plăcerea totală pe care o are când este absorbit de sugerea la sân şi este ghemuit în braţele mamei. A suge este cel mai bun calmant. În sfârşit, alţi autori cred că sugarul îşi suge degetul când este treaz, „din lipsă de ocupaţie”.

Ceea ce este sigur, însă, este că toate „reţetele” împotriva suptului degetului (substanţe cu gust neplăcut, mănuşa, ţinerea mai mult la sân, luatul în braţe, scoaterea degetului din gură de fiecare dată etc.) au efect trecător. În primele luni sugarul caută cu orice preţ să-şi satisfacă instinctul de sugere, fie în timpul meselor, fie prin „completare” cu suptul degetului. Nevoia de supt este maximă în primele 6 luni. După această vârstă, ea diminuează progresiv, dispărând complet, cel mai adesea între 8 şi 18 luni.

Dacă sugarul îşi suge degetul numai înainte de masă înseamnă căi este foame. Dacă o face regulat, imediat după fiecare masă sau chiar între mese, mama va căuta să-i satisfacă instinctul de sugere printr-un orar al meselor mai puţin rigid şi, eventual, printr-o frecvenţă mai mare a meselor. Cea mai mare parte a sugarilor care îşi sug degetul încep se facă înainte de 3 luni. Dacă încep mai târziu înseamnă că a intervenit o carenţă de îngrijire, copilul exprimându-şi prin aceasta nişte relaţii „conflictuale” cu părinţii săi.

Pentru a evita orice confuzie trebuie ştiut că aproape toţi copiii îşi sug degetul sau chiar tot pumnul în perioadele de erupţie dentară.

Dacă ar fi să tragem câteva concluzii în ceea ce priveşte suptul degetului (o preocupare

permanentă pentru aproape toate mamele), acestea ar fi următoarele:

– Sugarii alimentaţi la sân îşi sug mai rar şi mai puţin degetul, iar dintre aceştia, rari sunt cei care continuă acest obicei după vârsta de doi ani.

– Rigiditatea orarelor, intervalele prea mari între mese, durata prea scurtă a meselor şi carenţele de îngrijire sunt factorii favorizanţi ai suptului degetului.

Dacă acest obicei se păstrează şi ***după 12 – 18 luni*** există pericolul deformărilor palatine („boltă ogivală”). De asemenea, dinţii pot căpăta poziţii vicioase; cei superiori se deplasează în faţă; cei inferiori se deplasează spre spate. Majoritatea medicilor stomatologi admit că înclinarea defectuoasă a dinţilor de lapte nu are nicio urmare asupra dentiţiei definitive, când copilul încetează să-şi sugă degetul înaintea erupţiei celei de a doua dentiţii.

– Există un factor de teren, individual, favorizat de unele greşeli de îngrijire şi mai ales carenţe de afecţiune, care determină prelungirea perioadei de supt a degetului.

– După vârsta de un an suptul degetului est ***importanţă, dacă este practicat numai înainte de a adormi.*** Dimpotrivă, consultând un medic şi eventual un psiholog, trebuie căutate toate mijloacele de a-l împiedica pe copil să-şi sugă degetul în orice moment al zilei, din plictiseală, nervozitate, diferite „încurcături”. Se întâmplă ca unii copii să-şi introducă atât de profund degetul în gură, încât îşi provoacă vărsături. Unii rămân cu obiceiul de aşi suge degetul la culcare şi când

ajung la vârstă şcolară. Adesea, degetul mare devine sediul unor crăpături adânci, eczeme, îngroşări sau excrescenţe ale pielii, cu aspect verucos.

În încercările de a împiedica suptul degetului nu se va folosi forţa (legarea braţelor, imobilizarea coaielor, aplicarea de manşete din carton, înmuierea degetului într-o soluţie amară sau iute, cearta etc.), deoarece se va ajunge la efecte şi mai rele. Cu vorba bună şi verificându-şi propriile atitudini, părinţii vor convinge pe copil să renunţe la acest obicei.

– O soluţie de compromis, dar mai eficientă şi mai lipsită de riscuri este aceea de a se da suzetă sugarilor care încep să-şi sugă degetul cu „lăcomie”. Este mai uşor să se menţină curată o suzetă decât un deget, pericolul deformărilor bolţii palatine şi a dinţilor este mai mic, iar dezobişnuirea de suzetă se face mai uşor. Dintre două rele se va alege cel mai mic!

Suzeta. Este o tetină fără orificiu, ataşată la un disc sau inel de plastic. Sugarul poate suge viguros tetina, fără riscul de a o înghiţi, deoarece inelul o reţine între buzele sale. În secolul trecut se dădea o suzetă copiilor care sufereau de colici, în prima jumătate a secolului al XX-lea, când să început o campanie susţinută pentru o igienă riguroasă, suzeta a fost considerată drept murdară şi neigienică, în plus, sau adus ca argumente împotriva folosirii ei, efectele negative pe care le-ar avea asupra erupţiei dentare, conformaţiei maxilarelor, secreţiilor digestive şi comportamentului general al copilului. Mulţi

medici, ca şi multe asistente de ocrotire şi de pediatrie din ţara noastră, continuă încă să se opună cu îndârjire la folosirea suzetei. În ultimii ani, totuşi, mulţi medici înfruntă opinia de mai sus şi apreciază că suzeta este un mijloc excelent de „consolare”. În lumea părinţilor din toate straturile sociale şi din toate ţările, suzeta şi-a păstrat totdeauna o largă întrebuinţare. Unii şi-o procură încă înainte de venirea nou-născutului din maternitate.

Se vor alege suzete cu inele sau discuri mari, pentru a nu risca să alunece în gura copilului. Nu se va perfora suzeta, deoarece înghiţirea aerului poate duce la balon area stomacului. Suzeta va fi păstrată cât mai curată. Se va spăla cu apă caldă de mai multe ori pe zi şi se va fierbe o dată pe zi. După ce cade jos, trebuie fiartă. Când nu este folosită se păstrează ca şi tetinele, într-o căniţă curată, acoperită. Nu se înmoaie în miere sau sirop.

Aproximativ jumătate din copii nu au nevoie de suzetă, nu au colici, nu au crize de agitaţie, nu-şi sug degetul. Nu se va da copilului suzeta în scopuri ***„preventive”.*** Se permite folosirea suzetei la copiii nervoşi, agitaţi, cu colici, precum şi la cei care, după fiecare masă, îşi bagă degetul mare în gură şi-l sug cu lăcomie timp de ore întregi. Sugarul care a avut timpul să se obişnuiască să-şi sugă degetul, refuză adesea suzeta. De aceea, în astfel de situaţii, suzeta se va folosi cât mai de timpuriu.

Mama va avea însă ca obiectiv ca folosirea suzetei să fie redusă la minimum, încercând cât de

precoce şi revenind mereu pentru a-i face pe sugar să piardă obişnuinţa suzetei, în caz contrar, el ajunge cu uşurinţă să fie un răsfăţat, nesuportând să stea nici un singur

3.3. De la 3 la 4 luni în dezvoltarea sugarului se semnalează momente de oprire şi de reluare. Tentativele unor părinţi de a „încadra" neapărat pe copilul lor în scheme „standard" în ce priveşte greutatea, maturaţi a neuropsihică, alimentaţia etc, sunt greşite.

Orice sugar are modul său de dezvoltare (lent sau rapid). Nu comparaţi copilul dumneavoastră cu un altul de aceeaşi vârstă! Orice fiinţă umană este un unicat!

Alimentaţia în cursul acestor luni în alimentaţie nu se produc schimbări semnificative dacă sugarul este alimentat exclusiv la sân.

În prezent şcolile pediatrice din Occident au ajuns la concluzia că la sugarii alimentaţi natural nu este nevoie de sucuri, supă sau pireuri înainte de luna a 6-a. Nici la sugarii alimentaţi artificial nu se mai recomandă introducerea sucurilor decât în sau după luna a FV-a, iar supa (pireu 1) de zarzavat cu carne se introduce de abia spre sfârşitul lunii a V-a şi mijlocul lunii a VI-a (vezi tabelul 3.1). La noi în ţară o parte din medici, asistente de ocrotire şi părinţi susţin şi introduc sucurile de fructe mult mai devreme (6 – 8 săptămâni). În cursul lunii a IV-a, dacă nu s-a făcut până acum se va introduce, în funcţie de sezon şi/sau regiune, sucul de zarzavaturi (morcovi) sau fineţe (mere, piersici, fructe de pădure etc.) în cantităţi crescânde de 4 – 12 – 18 linguriţe înainte

de masa a D-a sau a IV-a. Sucurile de morcovi sau de mere sunt bine tolerate, se pot procura în toate lunile anului.

Trecerea la 5 mese, la sugarii care mănâncă încă de 6 ori pe zi, se poate face spontan; sugarul nu se mai trezeşte la ultima masă. La alţii, îndeosebi la cei alimentaţi artificial, este de ajuns să se rărească mesele de la 3 ore la 3 ½ – 4 ore. (Vezi pag. 144.)

Alimentaţia naturală. Multe mame întreabă cum se procedează pentru a adapta secreţia lactată cerinţei mereu crescânde a sugarului. Atâta timp cât sugarul este mulţumit, mama nu va face nimic. Acelaşi regim alimentar al mamei şi aceeaşi tehnică alimentară fac posibilă adaptarea secreţiei lactate. Nu trebuie făcut nimic atât timp cât sugarul este mulţumit şi creşte bine.

Raţia alimentară în 24 de ore rămâne aceeaşi în ceea ce priveşte nevoia de lichide (circa 150 ml/kg corp). ***Când poate fi înţărcat sugarul?*** Nu există un termen fix pentru înţărcare. ***Numai dacă există motive serioase se poate trece la întreruperea alimentaţiei naturale,*** în trecut sugarul era alăptat cel puţin un an. Organizaţia Mondială a Sănătăţii (OMS) şi pediatrii de mare minut fără suzetă; ţipă de fiecare dată când o pierde din gură, iar mama este obligată să se scoale de mai multe ori şi să-i dea suzeta, pentru al calma pe „micul tiran”. Pentru a evita astfel de situaţii, suzeta va fi retrasă din gură imediat ce sugarul se calmează sau de îndată ce adoarme, între 6 şi 8 luni, sugarul arată tot mai

puţin interes pentru suzetă. Se va proceda gradat, omiţân duse să i se dea mai întâi după o singură masă, apoi după a doua, când el pare mai satisfăcut. Spre vârsta de un an, majoritatea copiilor renunţă la suzetă. Unii, însă, mai ales fetiţele, ajung să adoarmă cu suzeta până la anii de şcoală, în această situaţie se va proceda cu tact, evitându-se mijloacele brutale, cearta, ironia, batjocura. Acţionând prea iute sau cu asprime, copilul poate fi traumatizat pentru multă vreme. Este ***de dorit ca orice mamă să alăpteze cel puţin*** 3 – 4 ***luni9 iar*** dacă ***este posibil chiar 6 – 9*** luni. ***La sugarul care creste bine se poate păstra alăptarea la unele mese până*** şi ***chiar după vârsta de un an.***

prestigiu recomandă menţinerea alăptării cât mai mult (şi peste un an!), constituind un mijloc sigur pentru o dezvoltare normală şi pentru evitarea îmbolnăvirilor la sugarii din familii mai puţin favorizate social şi economic. Altă dată alăptarea era o necesitate, deoarece necunoaşterea unei alimentaţii corecte făcea periculoasă înţărcarea timpurie.

Cunootinţele aaauale ppivind ppoppieeatea diveeeloo produse dietetice au redus motivele de îngrijorare. Criteriile pentru trecerea mai tardivă la înţărcare sunt: dacă sugarul se declară mulţumit cu sânul şi dacă creşte; dacă mama are timp să alăpteze la toate mesele. Acordarea de concediu plătit timp de doi ani pentru creşterea copilului favorizează, printre altele, prelungirea duratei alimentaţiei naturale.

Se recomandă ca renunţarea la alăptare să se facă treptat în decurs de 1 – 3 săptămâni. Mama se resimte mai puţin, iar sugarul se obişnuieşte mai uşor cu biberonul; accidentele digestive posibile ale sugarului (vărsături, lipsă de poftă de mâncare, nelinişte, diaree) sunt reduse printr-un astfel de procedeu.

Obişnuirea sugarului cu înlocuirea sânului se face în primele 4 luni de viaţă cu produse de lapte „de început”: Adaptat (PreAptamil, Prebeba, Prehumana), cu o „formulă” de lapte (Similac, Mori naga, Remedia, Nutricare special etc.) sau de durată (Milupa 1, Nutrilon premium, Aptamil 1, Humana baby fit, Nan, Beba, Milumil 1 etc.).

În prima zi se introduc la una din mese, înainte de supt, 30 ml din unul din preparatele de mai sus, în zilele următoare se creşte cantitatea înlocuită tot cu câte 3060 ml, până se înlocuieşte complet suptul de la ora respectivă. Dacă sugarul a primit şi tolerat laptele din biberon la o masă de lapte, în zilele următoare se înlocuieşte în fiecare zi câte o masă sau cu cantităţi mici la fiecare masă. Dacă apar tulburări digestive (diaree, vărsături, inapetenţă), renunţarea la sân se face mai lent sau se amână.

Se constată că în a 2-a – a 3-a săptămână sugarul nici nu mai doreşte sânul, deoarece mama are din ce în ce mai puţin lapte. Alţi sugari renunţă însă mai greu la sân şi sug viguros chiar când găsesc mai puţin lapte, refuzând biberonul. Înţărcarea treptată duce la dispariţia secreţiei lactate fără tulburări pentru mamă. Dacă aceasta simte o tensiune în sân şi puţină durere poate să

pună sugarul să tragă puţin din sân, fără al goli complet sau îşi stoarce sânul puţin cu mâna. Concomitent se pun comprese reci pe sân de mai multe ori pe zi.

Dacă se sistează brusc şi total alăptarea se procedează în modul următor:

– Mama va pune comprese reci pe sâni, va lua într-o seară un purgativ salin, va reduce consumul de lichide, va lua câte 3 – 6 tablete de antipirină pe zi, timp de câteva zile şi îşi va strânge pieptul cu un bandaj compresiv;

– Medicul poate indica un tratament hormonal;

– Dacă sânii se înroşesc se aplică de câteva ori pe zi, în mod intermitent, comprese reci;

– Se va întrerupe punerea la sân; dacă este posibil, sugarul va fi complet izolat de mamă.

Alimentaţia artificială. Este bine să nu se schimbe produsul de lapte cu care să început. Nu se creşte concentraţia, men şurile vor fi rase cu cuţitul, nu se tasează. Se prepară după recomandările imprimate pe cutie, în această lună sugarul suge cu putere, uneori cu lăcomie; în biberon apar băşici de spu a. Nu se întrerupe alimentaţia pentru că spuma se formează din nou, în luna a IV-a persistă adesea colicile (manifestate prin plânsete, agitaţie, supturi cu întreruperi), incidente care nu necesită schimbarea laptelui, ci numai o corectare a tehnicii de alimentare (gâtul biberonului să fie plin cu aer, temperatura laptelui constantă la toate mesele, calm, îndemânare etc.).

Alimentaţia cu lapte de vacă diluat şi îmbogăţit cu zahăr şi de dorit cu făină de cereale,

fără gluten şi cu ulei de floarea-soarelui se poate face din luna a IV-a, fără incidente majore. Este mult mai puţin costisitoare, dar sunt obligatorii o curăţenie perfectă şi o corectitudine riguroasă în pregătirea diluţiilor şi a folosirii adaosurilor.

În comerţ se găsesc diferite feluri de lapte. Se va folosi numai lapte pasteurizat integral (3,5 g la 100 ml lapte). Dacă, la nevoie, se va folosi lapte degresat (1,8%), laptele nu mai trebuie diluat. Laptele procurat direct de la ţărani este integral (3,5% grăsimi); trebuie fiert imediat, răcit brusc şi păstrat la frigider.

Fiecare biberon se va pregăti, pe cât posibil, de fiecare dată înainte de folosire. Unele mame preferă să pregătească dintr-odată pentru 2 – 4 mese, ceea ce constituie un risc dacă laptele respectiv nu se păstrează în frigider. Subliniem din nou că pregătirea laptelui pentru sugar trebuie să se facă cu deosebită atenţie: mâinile se spală bine cu săpun, biberoane fără microbi şi vase foarte curate folosite numai pentru alimentaţia sugarului. Sunt necesare o cratiţă pentru fierberea laptelui (de dorit cratiţa specială, cu dublu perete de oţel sau smălţuită), o cratiţă mai mică, un tel, o mensură, o linguriţă cu coadă lungă şi 6 biberoane şi accesorii (dulap, frigider, masă, aragaz etc.). În dulap se va fixa un spaţiu special pentru toate vasele copilului, iar masa pe care se pregăteşte biberonul va fi spălată de mai multe ori pe zi. Dacă nu se respectă curăţenia şi nu se pregăteşte laptele corect se ajunge la diaree.

Se prepară astfel: 2 părţi lapte integral (3,5

%e grăsimi), o parte apă, 4 gz (o linguriţă rasă) zahăr şi eventual 2,5% făină de cereale fără gluten (orez, porumb) şi 1,5 gz ulei (floarea soarelui, porumb). Laptele, zahărul şi făina se fierb împreună. În general, în prezent, nu se mai recomandă până la vârsta de 6 luni decât făinurile fără gluten – orez, porumb şi/sau tapioca, Nestle etc.

Cum se pregăteşte, într-o cratiţă se pune puţină apă călduţă, făină de cereale (orez sau porumb), se amestecă bine cu o linguriţă şi se pune la foc mic până se resuspendă totul, fără cocoloaşe. Peste acest amestec se adaugă apă (1/3), lapte (2/3) şi zahărul (câte o linguriţă la fiecare sută de grame). Nu se recomandă mierea de albine care poate produce scaune moi, predispune la carii şi uneori este purtătoare de microbi. Totul se pune la un foc moale şi în timp ce fierbe se amestecă bine cu un tel sau cu o lingură. După aceea se lasă să se răcească şi se adaugă uleiul, care va fi amestecat bine timp de o jumătate de minut. Subliniem încă o dată: adaosul de zahăr nu se pune direct în apă fierbinte, focul să fie moale, iar în timpul fierberii să se amestece bine cu un tel sau, în lipsă, cu o lingură. Uleiul se pune la sfârşit. La început, până mama capătă îndemânare, se poate prepara câtva timp şi fără ulei sau făină.

Acest amestec gata preparat se împarte în atâtea porţii câte mese primeşte sugarul în 24 de ore şi se pun în tot atâtea biberoane curate, pregătite din timp. Biberoanele se pun într-un vas cu apă şi cu cuburi de gheaţă, care se păstrează în

frigider.

Dacă sugarul nu este obişnuit cu gustul dulce (laptele de mamă şi preparatele adaptate nu conţin zahăr, ci numai lactoză) se renunţă la zahăr sau se poate adăuga în loc de zahăr lactoză („zahărul laptelui”) sau dextrin-maltoză Aceasta face ca grăsimile din laptele de vacă (fiind grăsimi saturate şi polinesaturate, diferite de cele din laptele de mamă şi din produsele adaptate) să fie mai bine tolerate şi digerate. De subliniat că lactoza produce fermentaţii în intestinul sugarului, care au ca efect scaune moi şi mai numeroase. De aceea se foloseşte cu prudenţă, rar şi mai ales la sugarii cu constipaţie.

Hrana sugarului, în speţă laptele preparat, nu trebuie ţinută mai mult timp în cameră, pentru că microbii se înmulţesc. De asemenea, laptele rămas în biberon nu se mai păstrează pentru a fi dat sugarului la masa următoare, ci va fi aruncat sau va fi consumat imediat de un alt membru al familiei. ***Diversificarea alimentaţiei.*** Prin diversificare se înţelege introducerea în hrana sugarului, pe lângă lapte (matern sau alt lapte), a altor nutrimente (fructe, zarzavaturi, carne etc:). Cu vârsta, sugarul are nevoie şi de alte substanţe, în special vitamine, săruri minerale şi substanţe de balast („fibre” sau celuloză). Ultimele au rolul, printre altele, de a regla funcţiile tubului digestiv şi de a stimula treptat sugarul să mestece, în primele luni de viaţă organismul sugarului este capabil să se hrănească numai cu lapte. Sistemul său digestiv nu este încă pregătit pentru sarcina de a primi şi folosi alte alimente. Este sigur că de

abia în a doua jumătate a primului an de viaţă funcţiile aparatului digestiv şi metabolismului sunt maturizate pentru digestia şi transformările metabolice ale altor alimente. Diversificarea prea timpurie se însoţeşte la mulţi sugari de reacţii alergice, de încetinirea creşterii în greutate şi de tulburări digestive. Pe de altă parte, adaosul unor cereale se însoţeşte de o creştere supraponderală. De subliniat că în primele luni de viaţă sugarul nu trebuie să fie alimentat cu cereale cu gluten (numai orezul şi porumbul nu conţin gluten), deoarece predispun sau chiar se însoţesc de reacţii alergice. Cerealele determină creşterea sugarului prin îngroşarea ţesutului grăsos (nu prin creşterea muşchilor şi a vaselor!), tulburări de somn şi chiar o oarecare lentoare în dezvoltarea motricităţii.

Aşadar, numai la sugarii alimentaţi „artificial” se poate introduce, imediat după împlinirea vârstei de 3 luni, sucul de fructe. Aşa cum am arătat mai înainte se preferă sucul de morcovi sau de mere, în jgheabul râzătoarei în care se colectează sucul de mere, treptat se lasă şi pulpa de mere ajungându-se la „mere rase” şi apoi la pulpa de banane. Se administrează înainte de masa a II-a sau/şi a IV-a. Sucul se va prepara din fructe sau zarzavaturi proaspete. Este bine ca sucurile să nu se îndulcească cu zahăr sau miere deoarece scad resorbţia şi utilizarea vitaminelor. La nevoie se diluează cu apă fiartă şi răcită. Dacă sugarul primeşte greu sucul respectiv se va împărţi în porţii mai mici şi se va da înaintea meselor. Se administrează fie cu linguriţa, fie cu

biberonul. Nu se va forţa sugarul să primească un anumit suc.

Pentru evitarea infecţiilor şi a intoxicaţiei cu substanţe insectofungicide (se ştie că plantele se tratează cu substanţe chimice, de obicei din grupul paraţi on ului, pentru distrugerea insectelor), fructele se spală în mai multe ape şi se opăresc. Opărirea se poate efectua punând fructele, în strat subţire, într-o strecurătoare care se scufundă, pentru câteva secunde, într-o cratiţă cu apă fierbinte. Răzătoarea de sticlă, presa electrică, tifonul, vasele în care se colectează sucul de fructe vor fi într-o stare de perfectă curăţenie, înainte de preparare, mama se va spăla pe mâini cu apă şi săpun.

Incidentele legate de administrarea sucurilor de fructe. După administrarea de sucuri de fructe mulţi sugari fac un eritem fesier mai mult sau mai puţin persistent (mai ales după portocale). Sucul de căpşuni produce urticarie la unii copii. Sucurile de cireşe, prune, pere, struguri sunt mai laxative. La noi în ţară, în lunile de vară se dau şi alte sucuri – de căpşuni, vişine, zmeură, piersici, caise, coacăze, tomate; în tot cursul anului se poate încerca sucul de lămâie şi de portocale (ultimul poate provoca alergii cutanate, scaune moi, eriteme). Autorii americani contraindică sucul de portocale, fiind alergogen. Din cele observate la noi în ţară, sucul de portocale se însoţeşte rar de reacţii alergice; efectele secundare survenite după folosirea sucului de portocale sunt eritemul fesier şi/sau înmulţirea scaunelor. ***Criteriile de alegere a***

sucurilor de fructe la sugari sunt: a) toleranţa digestivă (diaree, colici, eritem fesier intens); b) gustul (dacă-l primeşte cu plăcere); anotimpul; ***d)*** starea economică şi regiunea unde domiciliază familia; ***e)*** educaţia sanitară a mamei (o mamă certată cu legile curăţeniei va determina odată cu administrarea sucurilor de fructe şi îmbolnăvirea sugarului); ***f)*** durata cât se găseşte pe piaţă un fruct (la noi sunt de preferat morcovii, citricele, merele, tomatele, deoarece sugari nu au nevoie de ei de uniformitate în alimentaţie); tendinţa la diaree sau la constipaţie: la cei constipaţi se preferă sucul de portocale, chiar de struguri sau pere; la cei cu tendinţă la diaree: merele, morcovii, afinele; conţinutul în vitamine. La cei anemici sunt foarte indicate sucul şi pulpa de piersici, care au o cantitate mai mare de fier. La sugarul care primeşte greu sucul de fructe se diluează cu apă călduţă şi se dă în porţii mai mici.

Morcovii, merele şi bananele prezintă avantajul că se pot da treptat şi cu pulpa (mere sau morcovi rase sau mixate) şi se găsesc în toate anotimpurile. La introducerea supei sau pireului de morcovi se reduce sau chiar se suprimă sucul de morcovi pentru a nu se produce carotinemie (îngălbenirea pielii). Treptat sucurile se înlocuiesc cu pulpa de fructe (mere, banane).

Insistăm asupra faptului că în prezent se socoteşte că introducerea altor alimente este necesară mult mai târziu. La sugarul alimentat natural, laptele de mamă acoperă toate nevoile până la 6 luni. Creşterea şi dezvoltarea psihomotorie

Creşterea. Cântărirea se va face tot săptămânal. Creşterea începe să încetinească media săptămânală; este de 140 – 175 g, respectiv 600 – 750 g pe lună. Să nu se uite niciodată că progresele greutăţii sunt foarte diferite de la un sugar la celălalt. Creşterea în lungime este de 2, rar 3 cm. ***Dezvoltarea motorie*** continuă să progreseze de la cap spre extremităţi. Pe lângă faptul că-şi ţine capul, sugarul îl şi întoarce de la dreapta la stânga. El se ţine singur, când este purtat în braţe.

La sfârşitul lunii a patra poate sta în şezut – uşor sprijinit de un umăr – pentru o durată scurtă de timp, dar cu o curbură a spatelui, ca o cocoaşă, care impresionează pe unele mame.

a) ***Culcat pe spate.*** Sugarul poate sta pe spate în poziţie simetrică, bine destins. Participă la manevra de ridicare. Se apucă cu destulă siguranţă de mâinile adultului şi participă la ridicarea pe şezut, ţinând capul aproape vertical.

Ţine capul pe linia mediană, dar se întoarce preferenţial spre una din părţi; sugarul îşi poate schimba poziţia cu uşurinţă.

b) ***Mâinile*** sunt aduse pe linia mediană şi sunt urmărite cu privirea, în mod coordonat. Degetele de la mâini sunt deschise.

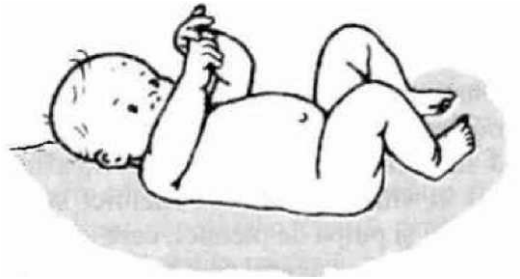


Fig. 3.b – Culcat pe spate, sugarul trecut de 3 luni se joacă cu mâinile („le-a descoperit”).

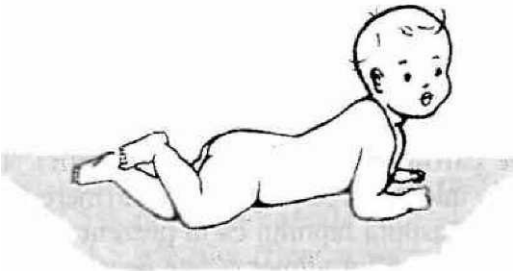


Fig. 3.7 – Aşezat pe burtă, se sprijină pe antebraţe situate în faţă şi poate privi lateral.

c) ***Membrele inferioare*** sunt în rotaţie externă, înclinate în afară; pedalează alternant; genunchii sunt încă în flexie, dar din când în când îi ţine şi întinşi. Picioarele sunt îndoite din articulaţia gleznei, care are o bună mobilitate.

d) ***Aşezat pe burtă.*** De acum sugarul se sprijină cu siguranţă pe antebraţe, fixate în faţă, înalţă capul fără efort şi priveşte înainte sau lateral.

Întinderea trunchiului şi şoldului este mai avansată. Schiţează mişcări de târâre. Membrele inferioare se mişcă mult, pedalând.

e) ***Aşezat pe spate.*** Dacă este apucat şi tras în sus de mâini, sugarul participă la această mişcare şi controlează bine capul; în acelaşi timp ridică şi întinde membrele inferioare, cu genunchii

uşor îndoiţi.

Apucarea. Mişcările de apucare sunt încă necoordonate. Sugarul poate apuca un obiect, îl ţine strâns şi îl mişcă odată cu mâna, îi dă drumul întâmplător, neintenţionat. Observă, însă, cu atenţie ce se întâmplă cu mâna lui şi cu obiectul şi încearcă să repete „figura” cu ajutorul mamei. Sugarul îşi introduce degetele în gură şi le suge. Se joacă cu mâinile şi încearcă să ducă totul la gură, care devin organ de cunoaştere.

Auzul şi localizarea zgomotelor. Sugarul devine atent la zgomote, începe să deosebească diferite calităţi de sunete şi-şi manifestă preferinţa pentru unele din ele (cântece, muzică), vocea mamei.

Vederea şi mişcarea globilor oculari. Sugarul poate fixa bine cu privirea obiecte şi le urmăreşte dincolo de linia mediană mişcând şi capul. ***Mişcările globilor oculari*** sunt coordonate; se mai uită intermitent cruciş. Dacă mama plimbă un obiect lucios (ochelari) la o distanţă de 20 – 30 cm sugarul îl urmăreşte cu privirea în toate direcţiile: la dreapta, la stânga, în sus şi în jos. Examinarea se face cu sugarul culcat pe spate. Cu buzele şi cu limba el cercetează alcătuirea obiectelor.

Limbajul. Gânguritul devine din ce în ce mai expresiv şi mai variat, după sentimentele pe care le exprimă. Sugarul se joacă cu sunetele. Câteodată se disting schiţări ale vocalelor „e”, „a” sau care seamănă cu „u”, „f" „s” ori englezescul „th”, dar de cele mai multe ori, acest progres

apare mai târziu. Sugarul zâmbeşte când i se vorbeşte, gângureşte, chiuie spontan. Se bucură de propriul „ciripit”, îl repetă. Se întoarce spre sursa de zgomote, devine liniştit şi atent, încearcă să obţină ce vrea prin plâns. Modularea vocii este bine diferenţiată.

Contactul social. Personalitatea sugarului se dezvoltă. Recunoaşte bine pe mamă. Dacă i se vorbeşte şi este mângâiat, sugarul îşi exprimă bucuria mai mult decât prin zâmbet. Scoate sunete care seamănă cu râsul. Participă cu vioiciune la tot ce se mişcă şi se întâmplă în jur. Reacţionează negativ când este lăsat singur. Priveşte urmăreşte şi fixează pe examinator (medic, mamă). Observă cu atenţie feţele celor care-l privesc. Se manifestă mai rapid şi mai „dirijat” la prezenţa mamei, observând-o şi gângurind de multe ori. Urmărind cum îi pregăteşte masa, îşi va manifesta bucuria sau nerăbdarea, deoarece ştie din „experienţă” ce înseamnă aceste pregătiri. Dacă este luat de mâini sau de picioare, aceasta constituie un stimul important, făcându-l pe sugar conştient de corpul său şi de el însuşi. Poate fi liniştit prin vorbit, mângâieri, mai ales prin luat în braţe (contactul cu pielea mamei, căldura şi compresiunea corpului, mângâieri pe frunte). Râde prietenos şi nu face deosebire între persoanele străine şi rude. Râde zgomotos când este gâdilat. Supraveghere şi îngrijiri

Prezenţa tatălui trebuie să se facă simţită în mod treptat în viaţa sugarului. Respectând somnul şi liniştea sugarului, tatăl va sta mai mult lângă

sugar, va învăţa să-l ţină în braţe, va încerca să-l cunoască; plimbarea de seară cu căruciorul este bine să fie făcută de tată. Participă la baia zilnică. ***Ce se face dacă sugarul se dezvoltă mai încet*** decât ***normal.*** Dacă părinţii îşi fac probleme de acest fel se va consulta medicul. Nu trebuie să se uite că fiecare sugar se dezvoltă diferit. La scurt timp după naştere, sugarul devine o mică personalitate, diferită de toţi ceilalţi sugari. Şi toată viaţa va fi astfel. După cum am mai spus, copilul „normal" sau „mediu" (şablon) nu există în realitate. Abaterile de la mediu sunt, de fapt, regula şi nu excepţia. Unii sugari se dezvoltă mai rapid şi alţii mai încet. Prematurii şi sugarii bolnăvicioşi se dezvoltă mai încet. De asemenea, dezvoltarea este în funcţie de factorul ereditar, precum şi de modul cum ştie familia să se ocupe de copil. Părinţii nu trebuie să devină nerăbdători dacă sugarul nu a realizat una sau alta din treptele de dezvoltare expuse. I se va lăsa timpul necesar pentru evoluţie. Fiecare copil are propriile sale „performanţe" şi „schema sa personală" de dezvoltare. Familia are datoria să-l stimuleze cu dragoste şi răbdare, fără a tinde să obţină cu forţa ce consideră a fi normal. Cu numeroase încercări, unele eşecuri şi mici succese se ajunge să se înregistreze trepte noi de dezvoltare. Medicul pediatru care a urmărit sugarul de la naştere este cel mai în măsură să se pronunţe în aceste probleme.

Somnul de noapte este acum mai adânc şi fără întrerupere, în timpul zilei sugarul are încă patru perioade de somn: două dimineaţa şi două

după-amiaza. Perioadele de veghe sunt mai lungi şi mai active.

Înfăşatul sugarului mare. După vârsta de 3 – 4, când sugarul începe să pedaleze, se schimbă tehnica de înfăşat. Pe de o parte, nu mai este necesar ca sugarul să fie îmbrăcat prea gros, deoarece corpul lui, perfecţionându-şi treptat capacitatea de termoreglare, nu mai este ameninţat atât de mult de răcire; pe de altă parte, scutecele încep să-l incomodeze: sugarul are nevoie de libertate în mişcări.

Pentru sugari din mediul urban cea mai convenabilă formulă în acest moment este menţinerea chiloţilor impermeabili („Pampers”) şi îmbrăcarea cu pantalonaşi special confecţionaţi sau salopetă, în ultimul timp, aşa cum am mai spus, s-a pus la dispoziţia mamelor un chilot ce face corp cu o cămăşuţă cu mânecă scurtă vândută sub denumirea englezească ***BODYS.*** Peste aceasta se adaugă obiecte de îmbrăcăminte în funcţie de anotimp, temperatură sau prilej (stat în casă, plimbare etc.). Se vor alege cele din ţesături de bumbac, cu mărimi corespunzătoare, uşor de îmbrăcat, durabile şi adaptate la sezon.

Fig. ***3.8 A.*** – Deasupra scutecului absorbant („Pampers”) şi peste cămaşă, sugarul poate fi îmbrăcat cu o salopetă.

3.4. De la 4 la 5 luni

Una din cele mai mari bucurii trăită de părinţi este urmărirea dezvoltării sugarului, care are loc continuu. Unele modificări în dezvoltarea nervoasă a sugarului nici nu ar fi sesizate de părinţi, dacă nu li s-ar atrage atenţia. Pentru un adult, progresele sugarului par atât de simple, încât le consideră de la sine înţelese. Pentru sugar este însă o adevărată performanţă dacă reuşeşte, după săptămâni de încercare, să întindă mâna şi să apuce o jucărie. Fiecare copil îşi are propriul său ritm de maturaţie, performanţe sau „rămâneri în urmă”, caracteristice temperamentului şi structurii lui. Fiecare fiinţă umană este o individualitate aparte, ce nu se poate pune în tiparul unei scheme de dezvoltare normală.

Alimentaţia

La sugarii alimentaţi natural se continuă cu acelaşi număr de mese, fără diversificare. La cei hrăniţi artificial se pot produce produse de continuare (Milumil 2, Nutrilon plus etc.) sau în formulele folosite anterior (Similac, Nan etc.).

a) ***Numărul meselor.*** La sugarii sănătoşi care se dezvoltă bine se menţin cinci mese pe zi, la cei graşi (păstoşi cu tendinţă la obezitate) se va evita introducerea de făinoase, menţinându-se numai laptele şi adaosul de fructe sub formă de pireuri (mere rase, banane). Unii medici

recomandă să se introducă o masă de zarzavaturi. Mulţi sugari renunţă spontan la una din mese, spre nedumerirea şi chiar neliniştea unor mame. Tentativele rigide de a menţine orarul de 5 mese, trezind sugarul noaptea sau dându-i să tragă din biberon în somn sunt greşite.

La sugarii debili, foştii prematuri, distrofici şi convalescenţi se pot da 6 sau chiar 7 mese pe zi. De asemenea, la „mâncăcioşii" sănătoşi, dacă doresc, se menţin tot 6 mese în 24 de ore.

b) ***Raţia*** va fi de 150 – 180 ml la fiecare masă, dacă sugarul primeşte 5 mese în 24 de ore şi de circa 200 ml dacă primeşte numai 4 mese.

c) ***Diversificarea alimentaţiei.*** La sugarul alimentat artificial la această vârstă, de la sucurile de fructe se poate trece la pulpa de fructe (mere, banane).

Mărul ras se diluează la început cu sucul care se scurge în jgheabul de la marginea râzătoarei de sticlă; nu se îndulceşte cu sirop de zahăr.

La început, noul aliment se dă ca adaos la masa de lapte de la ora 10. ***Se dă înaintea mesei,*** folosind o linguriţă de material plastic sau de metal inoxidabil cu vârful rotund. După ce un sugar a învăţat să înghită este important ca alimentul oferit să fie primit cu plăcere. De aceea, pentru început, pireu 1 de ***măr crud ras*** sau ***măr copt*** este cel mai potrivit. Se începe cu o linguriţă şi se creşte în câteva zile la 8 – 20 de linguriţe (40 – 100 g). Se vor folosi numai mere de bună calitate (de preferat mere Jonathan, Golden sau deliciosul

de Voineşti) bine coapte, care au celuloză mai puţină şi aciditate redusă. ***Bananele*** sunt tot atât de bune ca şi merele. Se pot folosi banane bine coapte (cu coaja galbenă); pulpa de banane se sfărâmă şi se bate cu o linguriţă până se formează o pastă omogenă, fină, care se diluează la început cu ceai de plante neîndulcit (chimen, anason etc.), cu apă fiartă şi răcită sau cu suc de portocale pentru a uşura mestecatul şi înghiţitul. Adaosul de fructe se fixează în funcţie de: a) ora la care sugarul este flămând; timpul pe care mama îl are la dispoziţie pentru a se ocupa de pregătirea acestei mese. Din practică, ora cea mai potrivită este ora 10 dimineaţa (a doua masă) şi mai puţin orele 16 – 17. Dacă sugarul este maturat pentru a înghiţi alimente mai consistente şi dacă este flămând îl primeşte mai bine.

Ce fructe noi se pot da sugarului şi sub ce formă? în funcţie de sezon şi de toleranţa digestivă a sugarului se pot da: mere, banane, piersici, caise, zmeură, afine, coacăze, fragi. Dintre zarzavaturi, la noi în ţară se folosesc morcovii şi roşiile. O presă de fructe sau un mixer simplifică mult munca mamei; altfel, fructele se taie şi se pasează printr-o sită sau prin mixer, în afară de mere care se rad.

Dacă se începe cu un fruct nou se oferă la început o cantitate mică (o linguriţă). Se creşte treptat cantitatea şi se dă acelaşi fruct timp de 4 – 5 zile. După ce se stabileşte toleranţa faţă de noul fruct, acesta poate fi dat alternativ cu altele pentru care să stabilit anterior toleranţa. De obicei însă, majoritatea sugarilor nu agreează

variaţiile de fructe şi de mediu. Preferă uniformitatea! La mulţi sugari, toate fructele, în afară de mere şi de banane, determină apariţia de scaune mai moi.

Se pot folosi conserve de fructe? Pireurile de fructe special preparate pentru sugari sunt foarte comod de folosit, dar sunt mai scumpe. Se pot da fără nicio teamă. Pe cutiile conservelor respective este obligatorie precizarea: „pentru sugari” şi vârsta de la care se pot da fără riscuri. La vârsta de 3 – 4 luni se pot da „pireuri le” de morcovi, mere sau banane.

Fructe care nu se dau la sugar: Nu sunt recomandate prunele, pepenii şi cireşele, deoarece pot declanşa dureri abdominale şi/sau diaree. Cu prudenţă se pot da perele, strugurii (diaree) şi căpşunile (urticarie).

În rezumat: ***masa de dimineaţă*** şi cea ***de seară*** rămân în continuare de lapte praf de durată parţial adaptat sau, la nevoie, laptele de vacă diluat şi cu adaosuri.[1] La masa a doua se va trece la pulpa de fructe – mere rase sau banane. Această masă va fi mai puţin consistentă fără adaosuri (de biscuiţi sau de brânză de vaci, aşa cum fac multe mame) pentru ca sugarul să primească mai bine masa de prânz. La mesele de

---

1 La una din mesele de lapte, se poate trece la lapte cu cereale („Brei”), fie cu un produs din comerţ de lapte cu cereale şi/sau fructe, fie se adaugă cereale la lapte la început de consistenţă fluidă şi apoi mai vâscos, de ***brei,*** de consistenţa ciulamalei.

după-amiază se continuă cu laptele în timp ce la masa a III-a („prânz”) se începe introducerea de supă.

Introducerea supei (pireului) de zarzavat cu, pe lângă lapte, poate fi începută la sfârşitul lunii a 5-a şi nu mai devreme la sugarii alimentaţi artificial şi care cresc bine în greutate. Sugarul a dobândit capacitatea

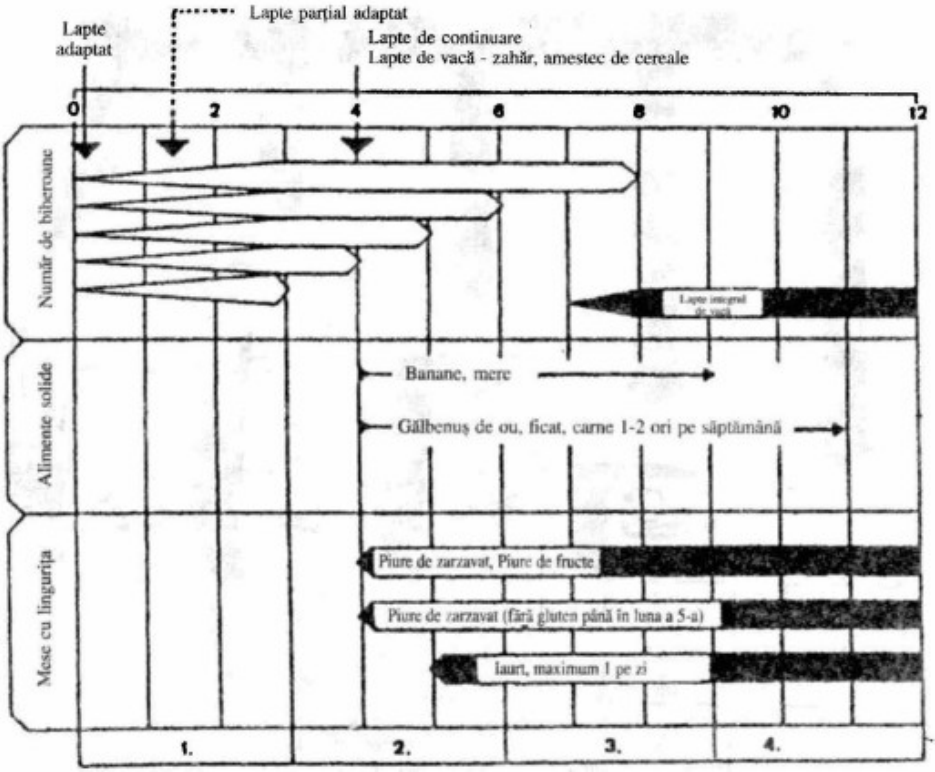


Fig. 3.8 B – Plan de alimentaţie pentru copilul înţărcat în primul an de viaţă. După recomandările Comisiei de alimentaţie a Societăţii elveţiene de Pediatrie (Schweizerische Gesellschaft fur Pädiatrie.)

de a le înghiţi şi digera. Zarzavaturile aduc

vitamine, săruri minerale şi celuloză („fibre”). Prin consistenţa lor sunt mai „săţioase”. În plus, sugarul se obişnuieşte să mănânce cu linguriţa. ***La sugarul alimentat*** natural ***diversificarea nu e necesară decât după vârsta de 5 – 6 luni.*** Până atunci va primi doar suc sau pulpă de fructe. De asemenea, la sugarii care au o creştere în greutate necorespunzătoare nu se introduce „supa” pentru că are o valoare calorică mai mică decât orice produs lactat.

Introducerea unei mese cu alimente solide reprezintă pentru mamă şi sugar o schimbare substanţială. Alimentul nou se dă încet şi cu răbdare. Sugarul va fi ajutat să se obişnuiască cu gustul şi consistenţa noului aliment. El învaţă numai treptat să ducă alimentul de la vârful către baza limbii. La început este foarte neîndemânatic (îl proiectează afară cu limba, pe care o foloseşte ca pentru supt) şi devine nerăbdător.

Mama se poate aştepta ca, la început, sugarul să scoată aproape totul din gură, până se obişnuieşte cu noul mod de a mânca. Dacă se încearcă cu răbdare şi se repetă mereu acest lucru, sugarul va reuşi în curând să reţină ceva din noul aliment. Dacă după câteva tentative nu se obţine niciun progres, se renunţă şi se reîncepe după 2 – 3 săptămâni. Mama nu trebuie să-şi piardă curajul!

Insistăm, consistenţa ***primului aliment*** se adaptează vârstei, gradului de maturaţie a sugarului, capacităţii lui de a transporta spre baza limbii şi a înghiţi alimente solide. Se începe cu o consistenţă foarte mică, apoi alimentul respectiv

se îngroaşă treptat. Nu se începe ca pe vremuri când se da supa „strecurată”, ci se dă dintr-odată supa de legume mixată sau trecută prin sită (la început numai morcov, apoi şi cartof), a cărei consistenţă va creşte treptat ajungând la aceea de pireu.

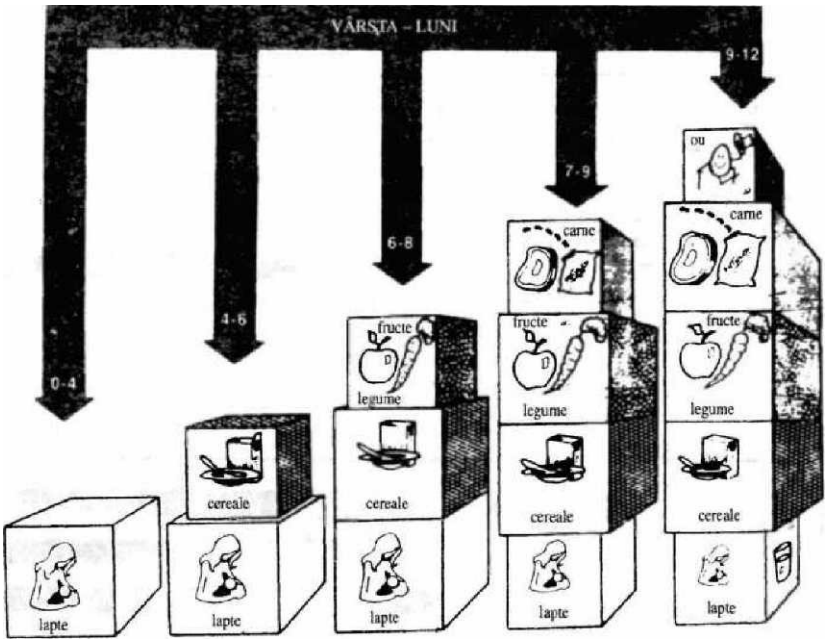


Fig. 3.8 **C –** Introducerea alimentelor solide la sugar.

După Framkelts D., Jones E.: Manual of Pediatric Nutrition.

Boston, Little, Brown and Co., 1985[2].

Trecerea se va face treptat, ţinându-se seama de gusturile şi modul cum acceptă fiecare

2 Din figurile 3.8 B şi 3.8 C se desprind următoarele: în Europa (Germania, Elveţia etc.) diversificarea se face cu introducerea în ordine de fructe, piure de zarzavat, carne, gălbenuş de ou şi iaurt sau brânză de vaci, în timp ce în SUA ordinea introducerii de alimente noi este: cereale, legume, fructe, carne şi ou.

sugar modificările alimentaţiei. Familia este poate mirată de faptul că acordăm atâta importanţă gusturilor şi reacţiilor individuale ale sugarului. Nu întâmplător, ci pentru că astfel se împlineşte o sarcină educativă importantă: se respectă individualitatea fiecărui copil. Mama trebuie să aibă răbdarea şi îndemânarea necesare atunci când aduce ceva nou în alimentaţia sugarului şi în viaţa lui în general. Rigiditatea dogmatică şi forţarea sugarului au dus la cele mai multe anorexii (lipsă de poftă de mâncare) psihice la vârsta de sugar şi la tulburări de comportament la copilul mai mare. Deci, dacă sugarul refuză un anumit pireu de zarzavaturi sau fructe el nu va fi forţat. Se va avea în vedere că anumite preferinţe sau repulsii sunt posibile în cadrul unui comportament alimentar şi acest lucru va fi respectat. Dacă se dă sugarului şansa de aşi descoperi acum unele preferinţe alimentare, se va constata, când va fi mai mare, că alimentaţia lui îi este specifică lui şi acest lucru este valabil şi în alte domenii de educaţie.

La sugarii care au tendinţă la constipaţie sau la obezitate, supa de zarzavat se va introduce mai timpuriu. Supa se prepară pornind de la fiertura de legume. La început se fierb numai morcovii (foarte bine toleraţi de orice sugar, deoarece conţin pectine – care combat diareea – şi multe săruri minerale şi vitamine) şi foarte puţină albitură (pătrunjel sau ţelină). La cei cu tendinţă la constipaţie se introduc de la început şi cartofii.

Se aleg 4 – 5 morcovi de bună calitate de mărime mijlocie, 2 – 3 cartofi, 1 rădăcină de

pătrunjel, se spală şi se curăţă bine; se adaugă nu prea multă apă şi se fierbe până ce zarzavatul se sfărâmă uşor. Dacă apa scade prea mult, se completează mereu, pentru a nu fierbe în sec. Se trec printr-o sită deasă sau se mixează numai morcovii şi ceva mai târziu cartofii. Se resuspendă morcovii şi cartofii în apa de fierbere. La început se adaugă numai 10 linguriţe de morcovi pasaţi (50 g). Până la 4 ½***-5***½ luni se recomandă să predomine morcovii; după aceea, dacă sugarul tolerează şi mănâncă mai bine, „pireul" poate fi predominant de cartofi sau numai de cartofi pe care, de obicei, sugarii îi primesc cu plăcere mai mare decât pe alte zarzavaturi, în tradiţia românească, în „pireu" se pun şi albituri (rădăcinoase de pătrunjel, ţelină sau păstârnac); unii sugari nu agreează însă zarzavaturile cu anumite arome. Ulterior, dacă sugarul a ajuns să mănânce şi alte zarzavaturi, acestea se pot pasa amestecate în supă (cartofi, morcovi, dovlecei, ceapă, boabe de mazăre verde, tomate, gulii, albitură, foi verzi). Sugarul nu va fi forţat să primească un amestec care conţine un zarzavat care nu-i place. Suntem de părere ca la început supa să se prepare cu mai multe zarzavaturi, dar să se treacă prin sită numai cartofi şi/sau morcovi. Obiectivul permanent în prepararea şi administrarea acestei mese este să se treacă cât de curând de la ***supă*** la ***pireu,*** singurul care acoperă nevoile nutritive ale sugarului mai mare.

La sugarii care preferă să mănânce numai din biberon, consistenţa supei va fi pregătită în aşa fel ca să treacă prin orificiile tetinei. La cei care

primesc „supa” cu linguriţa (de preferat!) se va dade la început sub formă de pireu. Este important ca zarzavatul să fie trecut prin sită sau mixat. De la început această supă poate fi îmbogăţită cu 1 – 2 măsuri rase din laptele praf cu care este alimentat sugarul, în loc de pireu de zarzavat la sugari cu creştere ponderală subnormală se poate începe cu lapte cu cereale: vezi fig. 3.8 C pag. 150. Acest adaos face ca sugarul să primească mai uşor supa şi în acelaşi timp să crească valoarea calorică a mesei respective.

După ce în decurs de 1 – 2 săptămâni primeşte supa (pireul) de zarzavat (morcovi şi cartofi) se poate renunţa la îmbogăţirea cu lapte praf instant (adaptat sau parţial adaptat) şi se trece la adaosul de ulei de floarea-soarelui (1/2 linguriţă). În decurs de şapte zile se va introduce carnea de pasăre sau de vită tânără (mânzat). Carnea se fierbe şi se mixează. La început sunt suficiente 2 – 3 linguriţe care se introduc de 4 ori pe săptămână, din două în două zile. Carnea procurată (proaspătă, de bună calitate) se tranşează în porţii mici, se înveleşte fiecare în pungi mici de plastic şi se păstrează în congelator. La început carnea se fierbe separat. Nu este necesar să se introducă de la început supa de carne („bulionul”), ci supa de zarzavat la care se adaugă carnea fiartă şi mixată.

În săptămâna a treia, în celelalte trei zile ale săptămânii se introduce tot carne sau gălbenuşul de ou. Se folosesc numai ouă proaspete, fierte bine şi se ia numai gălbenuşul, în prima zi se va

adăuga un sfert, în a doua şi în a treia zi un gălbenuş întreg.

În rezumat:

Prima săptămână:

– 100 ml apă de fierbere

– 50 – 100 g pulpă de morcovi (3/4); cartofi (1/4)

– Eventual se îmbogăţeşte cu 1 – 2 măsuri de lapte instant sau cu 1/2 linguriţă de ulei sau cu făină de cereale fără gluten.

Nu se sărează săptămâna a 11-a:

100 – 150 ml:

1/2 apă de fierbere

1/2 morcovi trecuţi prin sită; eventual şi cartofi

– Eventual 1 – 2 măsuri rase de lapte instant (adaptat sau parţial adaptat) sau de cereale fără gluten.

– De 4 ori pe săptămână câte 2 – 3 linguriţe de carne mixată sau fin tocată de pasăre sau mânzat

Săptămâna a 111-a:

150 – 180 ml:

1/2 – 1/3 apă de fierbere

– 1/2 – 2/3 zarzavat pasat (morcovi şi/sau cartofi)

– 1 – 2 măsuri de lapte adaptat sau parţial adaptat, sau ulei, sau cereale fără gluten (orez).

– 4 – 7 ori pe săptămână carne sau 4 ori carne şi 13 ori gălbenuş de ou (la început 1/4, apoi 1/2 şi la sfârşit 1 gălbenuş întreg).

De dorit cât mai repede să se ajungă la

consistenţa pireului şi să se dea cu linguriţa.

Cumpărarea alimentelor. Este bine să se facă, pe cât posibil, cumpărături dese şi să nu se păstreze prea multă vreme. Se evită fructele şi zarzavaturile ofilite, zbârcite, pătate, alterate. Se spală bine, mai ales cele care nu se cojesc (pe lângă murdărie, microbi există şi pericolul infestării cu substanţe insectofungicide, care sunt toxice!). ***Alimentele se păstrează*** în ambalaje curate şi închise în frigider sau congelator. Durata păstrării se fixează conform indicaţiilor din prospectul congelatorului. Alimentele nu se păstrează peste termenul recomandat de fabricant. Pentru iarnă cel mai bun procedeu de conservare a alimentelor îl constituie congelatorul. Nu se pun alimente fierte alături de cele crude. Carnea crudă şi peştele se pun pe o farfurie pentru ca zeama să nu se scurgă pe raftul inferior. Produsele supracongelate trebuie să fie complet dezgheţate înainte de preparare şi în niciun caz nu se recongelează. ***Fierberea (coacerea) şi reîncălzirea alimentelor.*** Singura regulă simplă în ce priveşte alimentaţia sugarilor şi copiilor mici constă în fierberea alimentelor, îndeosebi laptele de vacă, carnea şi ouăle. Pe cât posibil se evită reîncălzirea resturilor. Insistăm asupra obligaţiei ca alimentele decongelate să fie încălzite o singură dată; resturile se aruncă Alimentele preparate înainte de folosire nu se lasă să se răcească înainte de a le pune în frigider, deoarece în felul acesta se lasă timp bacteriilor să se înmulţească; alimentele pregătite se acoperă şi se introduc de-a dreptul în frigider sau congelator.

Câteva sfaturi (unele se repetă!)

Igiena în bucătărie. Spălaţi-vă mâinile cu săpun şi cu apă caldă înainte de a atinge alimentele. Vegheaţi ca întreaga familie să-şi spele, de asemenea, mâinile (nu în chiuvetă sau în lighean!). Când ieşiţi de la closet şi după ce aţi schimbat sugarul, ca şi atunci când v-aţi jucat cu câinele sau cu pisica, spălarea mâinilor este obligatorie.

Bucătăria se păstrează perfect curată, mai ales masa de lucru, capacele de lemn pentru tăiat (carne, zarzavat) şi obiectele ce servesc la prepararea alimentelor. Farfuriile se şterg cu o cârpă curată sau se lasă să se usuce pe un suport pentru scurs, după ce se limpezesc bine cu apă caldă. Buretele se spală şi se stoarce în mod regulat. Găleata („pubela”) se ţine curată, închisă şi se goleşte des. Vasele trebuie să fie de bună calitate: din oţel sau emailate. Alimentele care nu se păstrează în frigider (biscuiţi, pâine, zahăr etc.) vor fi tot timpul acoperite.

Preparare. Dacă nu aveţi mixer se va trece zarzavatul prin sită, iar carnea se va toca de două ori prin maşina de tocat sau se va tăia cât mai fin.

În primele luni toate alimentele trebuie să fie lichide sau sub formă de pastă chiar foarte fină. Numai după vârsta de 7 – 10 luni unii sugari acceptă pireul de zarzavaturi sau pasta de fructe în fragmente ceva mai mari, sfărâmate cu furculiţa, în general, se prepară cantitatea pentru o singură zi. Dacă preparaţi o cantitate mai mare se poate păstra porţia pentru a doua zi într-o crăticioară care se pune imediat în congelatorul

frigiderului. Crăticioara se dezgheaţă şi se încălzeşte numai înainte de folosire.

Supa (pireul) se subţiază cu apa în care s-au fiert zarzavaturile. Pentru ca sugarul să primească supa, ea se poate „drege” la început, adăugând puţin lapte de mamă sau 1 – 2 măsuri din pudra laptelui adaptat sau parţial adaptat. Apoi se dă sugarului respectiv. Pulberea de lapte fiind „instant” se dizolvă imediat în amestecul din apa de fierbere şi zarzavatul pasat, în loc de zahăr sau miere se poate folosi cel mult dextroză sau suc natural de fructe. La sugarii care primesc deja pireuri şi le doresc ceva mai îngroşate, se poate adăuga puţină făină de cereale instant. Până la 6 – 7 luni se recomandă cerealele fără gluten (orez, porumb, tapioca).

Înainte de folosire, zarzavaturile şi tinetele se spală bine cu apă limpede pentru a înlătura murdăria şi resturile de substanţe insectofungicide care se folosesc în prezent în agricultură şi în pomicultură. Sunt toxice! La cartofi se înlătură „colţii” şi punctele negre. Se aleg morcovi mai tineri, înainte de fierbere se taie în felii subţiri. Carnea se fierbe şi se reduce la un pireu fin. Se preferă carnea „albă” (de găină), ficatul de găină, mai târziu carnea „roşie” de vită şi de preferat cea de vită tânără (mânzat). În loc de carne se poate da peşte. Carnea se poate da zilnic dacă nu aveţi siguranţa prospeţimii oului.

Carnea se poate procura în cantităţi mai mari, se tranşează în porţii mici care se învelesc în pungi mici de plastic şi se păstrează în congelator. Odată dezgheţată trebuie folosită. La început nu

este folosită supa de carne (bulionul), ci numai carnea, care după ce este mixată se amestecă bine în zarzavatul pasat.

Se folosesc pe cât posibil legume proaspete sau, pe timp de iarnă, păstrate corect (cartofii, morcovii) sau congelate (dovleceii, fasolea verde, mazărea, conopida, spanacul). Mixajul sau trecerea prin sită (pasajul) se fac în ultimele minute, înainte de folosire.

Consistenţa supei se fixează în funcţie de vârsta şi de preferinţele sugarului. La început, la 4 – 5 luni, se dă fluidă, la 6 – 7 luni se prepară ca o cremă, iar spre 89 luni ca o pastă. La început, unii sugari o primesc „Numai din biberon (tetina va avea orificii mai largi), alţii chiar de la început cu linguriţa, ceea ce este de preferat. Insistăm asupra faptului de a nu se adăuga ***sare.*** Rinichii sugarului nu suportă excesul de sare.

Nici ***zahărul*** nu este necesar. Predispune la obezitate, obişnuieşte pe copil cu dulciurile, care au efecte nefaste asupra apetitului, dentiţiei şi creşterii. Autorii americani interzic complet mierea în perioada de sugar (predispune la carii dentare, este purtătoare de infecţii).

Se preferă uleiul de floarea-soarelui sau de porumb. Unii sugari acceptă mai bine untul.

Zarzavaturile nu se ţin multă vreme în apă, înainte de fierbere, deoarece se pierd o parte din vitamine şi din minerale.

După fierbere alimentele se răcesc brusc (se pun în frigider sau în congelator) pentru a împiedica înmulţirea microbilor. ***„Supa” sau***

„pireurile” sunt valoroase prin aportul de fibre (celuloză), minerale şi vitamine, iar adaosurile de carne sau gălbenuş de ou asigură aportul de fier (combate anemia), precum şi a unor proteine şi grăsimi foarte valoroase. Din acest grup cel mai preţios este ***ficatul.*** Trebuie însă să fie proaspăt!

Alimentaţia cu pireuri gata preparate (borcane mici). În ultimii ani au apărut şi la noi pireuri de fructe sau zarzavaturi, preparate industrial şi manufacturate în mici borcane. Mama este scutită de efortul de a le pregăti personal, însă prezintă dezavantajul că sunt foarte scumpe, în general sunt utile în timpul călătoriilor. Atunci când vă hotărâţi să folosiţi astfel de borcănaşe trebuie să vă conformaţi următoarelor indicaţii: Verificaţi data expirării;

– Verificaţi capacul borcanului: dacă este bine închis, dacă bombează şi dacă nu a pătruns aer în borcan;

– Studiaţi compoziţia indicată pe etichetă. Componentele sunt notate în ordinea cantităţii descrescânde. Nu cumpăraţi produse în care apa figurează în capul listei;

– Nu cumpăraţi produse care conţin un adaos de zahăr, miere, sare, amidon sau glutamat;

– Atenţie la cutiile cu preparate „carne şi legume”. Unele conţin substanţe care le îngroaşă. Când cumpăraţi carne şi legume în borcănaşe separate, le amestecaţi înainte de folosire;

– Nu încălziţi un borcănaş de sticlă, pentru că ar putea să se spargă;

– Borcanul început nu se păstrează mai mult de două zile la frigider; după acest interval se

aruncă;

– Nu luaţi cu linguriţa direct din borcănaş pentru a alimenta sugarul, dacă nu sunteţi sigură că va fi consumat la o singură masă; restul ar putea să fermenteze sub influenţa salivei adusă prin linguriţă.

Băuturile

De îndată ce sugarul primeşte alimente solide i se dă şi apă (fiartă şi răcită). Se încearcă şi se începe cu circa 25 – 50 ml (5 – 10 linguriţe) după masa respectivă, în locul apei se poate da suc de fineţe diluat. De altfel, odată cu vârsta, sugarul se mişcă din ce în ce mai mult, ceea ce duce la pierderea de apă prin transpiraţie şi ca urmare la sete. Vara nevoia de lichide este şi mai mare. Nu este bine să se dea copiilor sirop diluat sau ceaiuri îndulcite; acestea, scad pofta de mâncare şi predispun la carii dentare. Evitaţi sucurile de fructe concentrate, băuturile pe bază de coca şi cele care conţin zahăr rafinat, miere sau zaharină. Apa simplă şi sucul de fructe presat înainte de folosire sunt cele mai bune! ***În rezumat:***

Dimineaţa: 180 ml lapte („de durată”, „pentru vârsta a II-a”): Milumil 2, Nutrilon plus, Humana 2, Beba, Guigoz 2, Nativa 2, Nan etc, sau adaptat (Similac etc.); în mediul rural lapte de vacă diluat (2/3 lapte + apă şi apoi 3/4 lapte + 1/4 apă); ***Ora 10:*** nimic sau fructe (suc, pulpă);

Prânz: 120 – 180 g legume trecute prin sită sau mixate (morcovi, cartofi etc.) cu 10 – 30 g carne (găină sau mânzat), un sfert de linguriţă de ulei. La sfârşit suc de fructe diluat. La sugarii care

nu cresc în greutate sau/şi primesc greu „supa” numai din zarzavat se pot adăuga 1 – 2 măsuri rase de pudră din laptele folosit pentru copil sau şi mai bine cu cereale instant; se îmbogăţeşte cu 1/2 – 1 linguriţă de ulei de floarea-soarelui. Masa de la prânz, de legume se poate da şi mai rar, de câteva ori pe săptămână.

Gustare: încă un biberon de lapte; eventual completat cu fructe cu sau fără cereale fără gluten (orez, porumb)***; Seara:*** ca dimineaţa sau lapte cu cereale (Brei). Dacă ***sugarul este hrănit încă la sân*** se vor menţine 5 mese; la una din ele se vor da fructe, după care i se poate oferi sânul. Nu este necesară încă „supa”. La cei hrăniţi artificial, repetăm, introducerea supei este facultativă şi numai la sugarii care au crescut bine şi care sunt maturaţi să mestece şi să înghită alimente mai consistente! La cei cu greutate mică, în loc de supă se va da lapte cu făină de cereale şi/sau fructe.

Creşterea şi dezvoltarea psihomotorie

Greutatea. Creşterea va fi mai mică în luna a cincea: 600 – 700 g pe lună, în medie 20 g/zi sau 140 g pe săptămână. La 5 luni sugarul normal şi-a dublat greutatea de la naştere. Excepţie fac sugarii cu greutate mică la naştere; ei îşi dublează greutatea mai devreme decât cei cu greutate mai mare. Dimpotrivă, cei născuţi cu greutate mare (peste 3.500 g) şi-o dublează mai târziu.

Lungimea. Sugarul a crescut cu 13 – 15 cm de la naştere [(4 + 3 + 3 + 2 sau 3) + 2]. În ultima lună a crescut cu 2 cm. De acum înainte va creşte

şi mai puţin: circa 1 cm pe lună. Nu se fac consideraţii asupra înălţimii definitive a unei fiinţe umane după modul cum creşte în primul an de viaţă. Aşa cum am afirmat şi în alte părţi ale acestei cărţi „saltul" definitiv al înălţimii survine la pubertate între 11 şi 16 ani. ***Motricitatea generală,*** a) ***Aşezat pe spate (decubit dorsal).*** Spre sfârşitul lunii a V-a o mare parte din sugari se pot întoarce de pe o parte pe alta. Unii reuşesc să se întoarcă şi de pe spate pe burtă. Circa 25% dintre ei nu reuşesc această performanţă, deşi sunt normali în ceea ce priveşte alte capacităţi neuromotorii.

Îşi apucă picioarele şi le duce la gură. Stând culcat, sugarul îşi pipăie propriul corp cu mâinile, acum deschise. Uneori îşi întinde la maximum coloana vertebrală, se sprijină pe cap şi pe tălpi, în timp ce ridică şezutul, dând impresia că face „puntea". Alteori ridică capul şi în acelaşi timp întinde restul corpului (fig. 3.9).

Fig. 3.9După 4 luni, sugarul, culcat pe spate, ridică singur capul de pe planul patului.

Dacă i se întinde un obiect îl apucă, încă cu stângăcie, cu toate degetele, dar îl ţine bine strâns; îl scutură, îl izbeşte de gratiile patului, îl „cuprinde" cu ochii şi apoi îl duce la gură, îi dă drumul singur, îi place să agaţe păturica şi s-o tragă până la gură pentru a o suge.

Fig. 3.10Ridicat de mâini în poziţie şezândă, controlează bine mişcările capului.

Trunchiul este în poziţie simetrică faţă de cap. Membrele inferioare sunt în rotaţie externă şi uşor îndepărtate. De cele mai multe ori pedalează succesiv când cu un picior, când cu celălalt, dar adesea întinde şi îndoaie simultan ambele membre inferioare, genunchii pot fi bine întinşi, iar picioarele sunt mobile în articulaţia gleznelor. Toate mişcările devin mai coordonate şi mai variate.

b) ***Aşezat pe burtă,*** sugarul se redresează cu uşurinţă sprijinindu-se pe antebraţe. Stă în poziţie simetrică, cu capul ridicat până la 90°. Se pivotează pe un singur braţ, greutatea fiind transferată de partea braţului pe care se sprijină, şi astfel îşi eliberează celălalt braţ pe care îl întinde înainte. Schiţează târârea, dar nu reuşeşte să-şi deplaseze întreg corpul. Ridică mâinile şi picioarele simultan ca într-o mişcare de înot.

Bazinul este aplicat pe planul patului.

c) ***Ridicarea de braţe din poziţia culcat pe spate.*** Sugarul se agaţă strâns cu toate degetele

de câte un deget de la mâinile adultului şi se ridică din poziţia culcat pe spate în cea de aşezat cu controlul perfect al capului (fig. 3.10). În caz că sugarul nu participă la această mişcare (nu se agaţă de degetul adultului, nu are puterea de a se ţine de acest deget sau/şi nu încearcă să-şi ridice capul şi toracele) va fi sesizat medicul. După ce este ridicat în şezut şi susţinut în această poziţie, sugarul îşi ţine bine capul, îl duce în faţă şi-l rotează lateral, în timp ce este ridicat, membrele inferioare se întind. Braţele sunt flectate în articulaţiile cotului.

d) ***Poziţia în şezut,*** începe stabilitatea trunchiului. Spatele nu este drept, dar poate fi adus pentru scurt timp în extensie. Ţinut de umeri, sugarul încearcă să stea pe şezut: îşi poziţionează bine capul în spaţiu, dar nu reuşeşte să-şi ţină trunchiul, se apleacă în faţă, întinde braţele înainte pentru a se sprijini, dar fără preluarea integrală a greutăţii. Articulaţiile şoldului se flectează, membrele inferioare se rotează şi se înclină spre părţile laterale, genunchii sunt flec taţi, iar gleznele sunt mobile.

e) ***Ridicarea în picioare, susţinut de subsuoară (axile).*** Sugarul îşi împinge picioarele spre planul patului şi preia greutatea corpului. Nu reuşeşte încă să se sprijine pe picioare; îşi flectează articulaţia şoldului, îndoaie şi întinde genunchii, se sprijină discret şi pentru scurt timp pe vârful picioarelor, are tendinţa de a se „balansa” sau de a face „hopa-Mitică”.

f) ***Reacţii de poziţie,*** în orice poziţie, capul se poziţionează bine. Sugarii foarte bine dezvoltaţi

neuromotor, reacţionează bine la orice poziţie a capului faţă de trunchi şi a corpului faţă de cap (fig. 3.11 ***a*** şi ***b).*** Această reacţie este cunoscută de pediatri sub numele de reacţia Landau.

Fig. ***3.11, A*** – Reacţie de poziţie.

Precizăm că această reacţie nu se constată la toţi sugarii în luna a V-a dat în lunile următoare va fi urmărit modul cum se produce.

Motricitatea fină şi apucarea. Dacă sugarul este într-o poziţie stabilă poate apuca cu ambele mâini prin prindere palmară cu toată palma (prindere „simiană”).

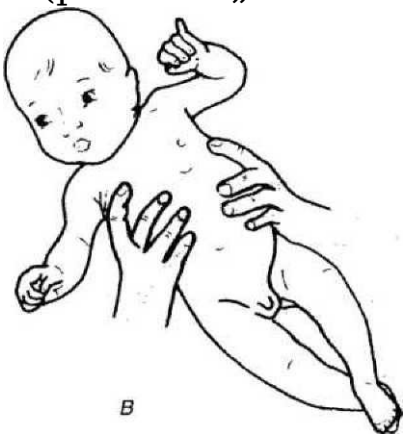


***Fig. 3.11, B* – Reacţie de poziţie.**

Ridicat în şezut şi sprijinit de un adult urmăreşte cu interes obiectele care sunt lăsate să cadă lateral de corp, întinde mâna spre o jucărie; după ce o apucă, se opune când mama încearcă să i-o ia; jucăria este apucată cu mâna deschisă, cu toate degetele; acest mod de a apuca îl face să-i dea drumul fără vreun scop şi fără se mai poată recupera. ***Gura devine un organ de cunoaştere.*** Sugarul simte nevoia de a duce toate obiectele la gură. Este o modalitate de a le cunoaşte. Buzele şi limba sunt organe bune de „pipăit”. Mama va oferi numai obiecte pe care sugarul le poate băga în gură fără pericol. Sunt indicate: inele de plastic, jucării din cauciuc. Se vor pune la îndemâna sugarului numai obiecte cu dimensiuni şi forme care să nu permită înghiţirea sau alt accident. Se vor spăla ori de câte ori cad jos şi nu se va permite celorlalţi fraţi să se joace cu ele (pericol de infecţie). Dacă nu i se dau jucării, sugarul va morfoli, foarte probabil, cămăşuţa, păturica, marginea patului etc. ***Limbajul.*** Sunetele emise sunt tot guturale, realizate fără a folosi mult limba sau buzele. Sugarul gângureşte şi „vocalizează”. Când este în stare de veghe „vorbeşte” mult „pe limba lui”, leagă sunetele, „fredonează”, se opreşte şi reîncepe mereu. Din când în când pronunţă clar un „a” sau un „e” bine conturate, tace pentru câteva secunde sau minute şi le repetă ca şi când ar vrea să se asculte. Vorbeşte singur, începe să emită silabe (da, de cu) şi le uneşte progresiv în lanţuri de silabe ritmice. Când mama imită aceste

sunete, satisfacţia sugarului creşte şi, parcă încurajat, angajează un fel de „conversaţie”. De îndată ce să instalat această schiţă de dialog, sugarul râde cu hohote, se răsuceşte, întinde braţele şi reia vocalizele, îndemnând parcă şi pe mama lui să le repete. Se opreşte din plâns când aude muzică.

Contactul social, în loc de reacţii globale (tresăriri, teamă, ţipete), sentimentele se nuanţează, mijloacele lui de manifestare se îmbogăţesc: bucurie, mânie, plictiseală. Din ce în ce mai mult „îi place societatea”, simte nevoia să fie cineva lângă el ori de câte ori este treaz; dacă-i se vorbeşte este fericit.

Începe să se contureze din ce în ce mai mult personalitatea sugarului („vesel”, „leneş”, „activ”, „sensibil”, „visător”). Nu se pot trage concluzii definitive.

Toţi cei ce îngrijim sugari suntem izbiţi de faptul că unii sugari sunt „leneşi” şi refuză să primească orice aliment mai consistent sau să „participe” la mâncare, că unii plâng la orice voce care se ridică, iar alţii sunt indiferenţi. De îndată ce se trezesc, unii gânguresc, se întorc în toate părţile, încearcă să „prindă” mişcările şi vocile adulţilor. Unii se opresc din plâns când li se vorbeşte, încep să deosebească persoanele apropiate de cele străine.

Auzul şi localizarea zgomotelor. Sugarul aude bine şi se întoarce spre sursa de sunete. Este important ca atunci când se testează auzul sugarului, acesta să fie calm, iar în jurul lui să fie linişte.

Sugarul deosebeşte calităţile sunetelor. Recunoaşte sunete şi se bucură de unele, refuzând pe cele prea zgomotoase sau cu care nu este obişnuit. Repetă propriile sunete, se bucură de ele. Emite sunete nuanţate. Repetă şi schimbă repertoriul de sunete. Ţipă cu putere când are anumite nevoi sau doreşte să atragă atenţia. Pe zi ce trece se remarcă o mare variaţie în nuanţele şi tonalitatea plânsului.

Vederea şi mişcările globilor oculari. Sugarul fixează obiectele şi coordonează mişcările globilor oculari cu ale capului în poziţie adecvată. Urmăreşte o „zdrăngănică” la 90° peste linia mediană, în toate planurile (le examinează în poziţie şezând şi culcat pe spate).

Normal, sugarul de 5 luni mai are strabism (se mai uită „cruciş”). La cei care nu-şi coordonează încă bine mişcările globilor oculari sau se mai uită din când în când ***cruciş*** se recomandă, în continuare, ca mama să „plimbe” un obiect strălucitor la 20 – 30 cm de faţa sugarului. Exerciţiul se face de mai multe ori pe zi.

Materiile fecale şi urina. Eritemul fesier. Introducerea de alimente noi (fructe, zarzavaturi, carne, ulei) în alimentaţie schimbă conţinutul, consistenţa, numărul şi culoarea materiilor fecale şi caracterul urinei.

Urina capătă un miros de amoniac. Pielea din jurul orificiului anal şi organelor genitale se pot înroşi, uneori apar crăpături şi/sau descuamări. Eritemul fesier (opăreala) apare adesea după introducerea sucului de portocale sau de lămâie.

Se va folosi o „mixtură” simplă sau o pomadă izolantă prescrisă de medic şi se va lăsa sugarul de mai multe ori pe zi cu coapsele şi zonele fesiere descoperite; aşa cum am mai spus, expunerea la aer constituie un bun remediu pentru prevenirea şi tratamentul eritemului fesier. Bineînţeles se vor face corectările necesare în alimentaţie, încercând cu alte sucuri sau pulpe de fineţe sau zarzavaturi, în general mai bine tolerate (morcovi, mere, banane). ***Materiile fecale se modifică mult.*** Este normal ca în scaune să apară resturi de fructe şi/sau legume nedigerate. În funcţie de organismul sugarului, scaunele pot deveni fie mai moi şi mai numeroase, fie mai rare şi mai consistente. La sugarii cu tendinţă la constipaţie, pireul de la masa de prânz va fi predominant sau numai de cartofi. Se va adăuga făină instant de porumb şi se va creşte cantitatea de ulei. La cei cu tendinţă la diaree se vor folosi numai morcovii şi eventual se va adăuga o făină instant de orez la mesele de lapte şi la pireul de la prânz.

Baia zilnică este obligatorie. Spălarea pe cap se poate face de 2 – 3 ori pe săptămână, în situaţiile în care baia „generală” nu este posibilă, se va efectua seara o „baie parţială” simplificată (organele genitale, mâinile, picioarele, gâtul, faţa). Nu suntem de acord cu reluarea îmbăierii de 1 – 2 ori pe săptămână.

Vaccinări. De obicei în această lună este planificată administrarea celei de a doua doze de trivaccin asociat DTP (difterie, tetanos, tuse convulsivă), de vaccin antipoliomielitic (A.P.) şi antivirusul hepatitei B. ***Stimularea dezvoltării***

sugarului. Unii părinţi sunt preocupaţi să aibă un copil precoce, care – comparat cu alţii de vârsta lui – să realizeze diverse performanţe. De exemplu tentativele de al fixa şi forţa să stea în şezut, pentru a grăbi această capacitate a sugarului, constituie o greşeală. Pentru stimularea corespunzătoare necesară achiziţiilor motorii vezi „Gimnastica sugarului”.

3.5. ***De la 5 la 6 luni***

Medicul de familie, asistenta de ocrotire şi mania insistă mai mult asupra dezvoltării fizice (creşterea greutăţii şi a lungimii corpului) şi mai puţin asupra dezvoltării psihomotorii (maturaţia psihică şi motorie). Motivul este că în primul an de viaţă dezvoltarea psihică depinde de dezvoltarea fizică şi de „experienţele” pe care le capătă sugarul în raport cu mediul înconjurător (dragostea şi calitatea îngrijirii mamei, alimentaţia, programul zilnic, încurajarea şi stimularea achiziţiilor motorii apărute spontan la sugar, armonia vieţii de familie). De aceea ***ambii părinţi,*** nu numai mama, sunt datori să înveţe să studieze, să cunoască, să îngrijească, să se „converseze”, să se joace cu copilul.

Sugarul nu poate efectua un proces de gândire abstractă. El trebuie, de exemplu, să cunoască întâi în mod concret, „fizic”.

O jucărie. Pentru a „cunoaşte” şi a învăţa” ce se poate face cu orice obiect, părinţii sunt datori să-l pună în mână, să-l „plimbe” prin faţa ochilor. Sugarul îl apucă în palmă, îl pipăie, îl priveşte, îl aude sunând. Treptat, în săptămânile următoare, sugarul îşi va perfecţiona modul cum îl prinde în

mână, va reuşi să-l ţină mai mult într-o mână, să-l treacă dintr-o mână în alta, să-şi folosească degetele, să-l „cunoască” şi prin gust, ducându-l la gură, să-l „studieze”, să-l azvârle, să încerce să-l recupereze etc. Părinţii vor alege un obiect uşor. Sugarul va acumula o serie de experienţe în legătură cu obiectul respectiv. Multiplele contacte corporale directe cu obiectele din jur, utilizarea permanentă a tuturor simţurilor sale, amintirea experienţelor trecute sunt aparent fără importanţă. În realitate, ele îmbogăţesc bagajul de experienţe, care reprezintă baza dezvoltării sale psihice şi motorii.

Alimentaţia

Alăptarea. La sugarii alimentaţi numai la sân până la această vârstă, pe lângă fructele introduse la masa a II-a saua V-a (mere rase sau banane în man mă şi iarnă, fructe de sezon în timpul verii) se poate introduce supa de zarzavat (trecută prin sită sau mixată), îmbogăţită cu carne (gălbenuş de ou) şi ulei după tehnica arătată anterior. Se continuă cu produsele de lăpturi folosite şi în luna anterioară (formule, produse de continuare). Rar se recomandă lăpturile cu adaos de cereale (vezi tabelul 3.2 pag. 126 şi fig 3.8. C. pag. 150).

La sugarii hrăniţi artificial, în luna a şasea la o parte din ei se poate da supă zilnic şi se înlocuieşte complet laptele. La supa (pireul) de zarzavat se adaugă zilnic sau de 4 – 6 ori pe săptămână carnea, iar în restul zilelor câte un gălbenuş de ou fiert tare sau tot carne, în a doua jumătate a primului an de viaţă cantitatea de carne creşte la 30 – 40 g. Rezervele de fier

depozitate în timpul sarcinii la copil se epuizează, iar copilul are nevoie de un aport zilnic de 3 – 6 mg la sugar şi 8 mg/zi de la 6 luni la 6 ani. Carnea este cel mai important furnizor de fier (tabelul 3.2 pag. 126).

În prezent, majoritatea societăţilor de pediatrie recomandă pireul de zarzavat din luna a VII-a. Din fig. 3.8, B, pag. 149 se observă recomandările Societăţii elveţiene de pediatrie, recomandări care sunt preconizate de toate ţările Europei Occidentale. Şi în luna a 6-a pireul se va da sub formă fină (trecut prin sită sau mixat). În lunile următoare se încearcă de abia să se descopere momentul în care sugarul va primi pireul sfărâmat cu furculiţa. Pireul se „drege” cu ceva unt (5 g) sau şi mai bine cu ulei (1/2 – 2 linguriţe mici). Dacă sugarul nul vrea consistent, se adaugă câte puţin din apa de fierbere. Rădăcinoasele preferate de mame şi specificate în majoritatea cărţilor de dietetică de la noi nu sunt pe placul multor sugari. Acesta are un simţ al mirosului fin şi selectiv. Majoritatea nu acceptă rădăcinile de ţelină, pătrunjel, păstârnac. Nu se adaugă sare sau zahăr. La distanţă, mai târziu, s-a constatat că alimentele sărate predispun la hipertensiune arterială. Cât despre zahăr (să mai vorbit în această carte), predispune la carii dentare, la obezitate şi face pe sugar să prefere dulciurile în locul laptelui, în schimb, unii autori (americani îndeosebi) la acest pireu adaugă cereale.

Alimentaţia cu produse gata fabricate (pl, urc un şi sucuri). Produsele fiind foarte fin

fărâmiţate şi omogenizate suni uşor digerate şi eficient folosite. De regulă, calitatea pireurilor din borcane este mai bună şi nu necesită pregătiri. Porţionarea este uşoară, copilul le primeşte bine şi ele conţin cam tot ce trebuie organismului în ce priveşte fructele sau zarzavaturile. Produsele Bebelac, Hipp şi Nestle sunt cele mai consacrate şi se găsesc tot timpul. Aşa cum am mai spus, conţinutul unui borcan se încălzeşte o singură dată. Restul poate fi folosit de către copiii mai mari şi de adulţi. Dacă sugarul se satură cu porţii mai mici, alimentele nu se încălzesc în borcan, ci le împărţiţi în porţii mici. Conţinutul se trece într-o crăticioară care se pune într-un vas mai mare ce se încălzeşte la foc moale. Borcanul desfăcut se închide din nou şi se păstrează în frigider cel mult două zile. Meniurile cu adaos de carne se folosesc numai în a doua zi.

Ulterior, borcanul de sticlă îl puteţi încălzi într-un fierbător special, într-o baie de apă caldă pe un foc moale sau la microunde dar niciodată la flacăra aragazului (se sparge!). În timp ce se încălzeşte, bineînţeles se înlătură capacul şi conţinutul se amestecă cu o linguriţă până se ajunge la temperatura corespunzătoare. Atenţie când folosiţi microundele, pentru că alimentele fierb repede, în timp ce borcanul rămâne relativ rece. Masa se serveşte cu linguriţa direct din borcănaş când sugarul consumă întreaga cantitate.

De la această vârstă se pot da la masa de prânz şi alte zarzavaturi: dovlecei, ceapă, conopidă, gulie, mazăre verde fină, anason,

spanac, varză de Bruxelles (verzişoară), tomate. Fierberea în oala-minune sau în vase tip „Zepter”, ori la focul de microunde economiseşte timp şi cruţă vitaminele. Mâncarea se poate pregăti în cantitate mică pentru 1 – 2 zile sau în cantităţi mari care se pun în porţii mici şi se păstrează în pahare de iaurt sau de material plastic care se ţin în congelator pe o durată de până la două luni. Zarzavaturile culese proaspete se pot congela pentru lunile de iarnă. În primul an de viaţă se dă numai carne de vită sau de găină. Cu cât o carne este mai închisă la culoare („roşie”) cu atât conţine mai mult fier. Carnea se fierbe şi cu un cuţit bine ascuţit se taie într-un pireu fin. Carnea se amestecă cu pireul de zarzavat. La această vârstă, din comerţ se vor prefera produsele de pireuri de zarzavat îmbogăţite cu carne. Ficatul are un conţinut ridicat de fier. Se poate da şi peşte „slab”. Dacă se foloseşte carne de bună calitate (proaspătă sau bine congelată) se poate folosi la prepararea pireului şi zeama (bulionul) de carne.

Dacă şi la această vârstă linguriţa nu este acceptată se va da sub formă de „supă” cu biberonul, a cărui tetină are orificii lărgite. Cu răbdare încercaţi în săptămânile următoare să preparaţi un pireu mai „atractiv” fie prin adaos de spumă de banane, fie cu 1 – 2 măsuri din pulberea de lapte din preparatul pe care sugarul îl primeşte la mesele de lapte şi cereale instant.

Este important însă ca foarte curând, dacă nu s-a realizat în luna a 5-a, să se ajungă în luna a 6-a ca masa de prânz să fie numai din zarzavat cu carne, fără completare cu biberonul cu lapte. Dacă

sugarul primeşte la prânz o porţie mare de pireu s-ar putea să ajungă să primească numai 4 mese în 24

de ore: dimineaţa şi seara câte un biberon cu lapte, la prânz pireu de zarzavat cu carne şi după-amiaza o „gustare” de fructe cu completare de lapte.

În luna a 6-a sugarul poate primi la unul din biberoane un produs industrial de lapte parţial adaptat îmbogăţit cu cereale sau cu fructe („Brei” cu banane, mere, fineţe tropicale etc.), de consistenţa ciulamalei. ***La ţară,*** unde sugarii se hrănesc cu lapte de vacă, dăm următorul exemplu (2 părţi lapte + 1 parte apă). Pentru prepararea unui litru de lapte de vacă în concentraţie 2/3 sunt necesare: 700 ml lapte + circa 300 ml apă + 50 g zahăr (10 linguriţe rase de zahăr) + 20 – 30 g cereale de orez) (4 – 6 măsuri) şi 8 – 10 linguriţe de ulei. La apa rece se adaugă făina de orez sau de porumb „instant” şi se amestecă până se resuspendă bine şi se toarnă peste lapte. Totul se bate cu un tel şi se pune la fiert la un foc moale. La sfârşit se adaugă uleiul de floarea soarelui. Mulţi sugari preferă laptele fără adaosuri (zahăr, ulei, cereale). ***Vitaminele*** necesare organismului sugarului se asigură prin alimentaţie (lapte, carne, fructe şi zarzavaturi), în afară de vitamina D care trebuie să se administreze în tot cursul primului şi celui de al doilea an de viaţă (inclusiv vara!) sub formă de medicamente. La sugarii care primesc vitamina D sub formă de terapie de şoc (Stoss-Therapie) în luna a 6-a se administrează sub formă de injecţie intramusculară (o fiolă de vitamina D2

sau D3 de 200.000 ul). La sugarii cu o funcţie digestivă bună, fiola respectivă se poate da pe gură. Unii medici recomandă ca la fiola de vitamina D să se asocieze şi calciu pe gură (sub forma de calciu gluconic fiole de 5 ml sau tablete de calciu lactic pisate şi dizolvate în ceai). ***Prevenirea cariilor dentare.*** Se evită îndulcirea excesivă a alimentelor. Mierea de albine, îndeosebi, predispune la carii dentare. Dacă medicul a recomandat şi părinţii sunt disciplinaţi şi hotărâţi se va administra fluor 0,25 mg pe zi (sub formă de tablete de Zymafluor sau de alt produs comercial).

Problema anemiei feriprive. Am vorbit anterior despre nevoile şi prevenirea anemiei feriprive la sugar. Dacă nu să început diversificarea alimentaţiei cu carne şi gălbenuş de ou este foarte probabil ca rezervele de fier moştenite de sugar din perioada intrauterină să se fi epuizat şi atunci se impune, eventual, să se administreze un preparat de fier sub formă de picături sau sirop. Consultaţi medicul de familie.

Dezvoltarea fizică şi psihomotorie

Greutatea, în luna a VI-a sugarul creşte cu circa 500 g pe lună, respectiv cu 125 g pe săptămână. Diferenţele pot fi apreciabile: 100 g în plus sau în minus nu trebuie să constituie motive de îngrijorare. La sugarii care cresc cu peste 600 g pe lună se reduc sau se suspendă făinoasele din alimentaţie şi se cresc cantităţile de fineţe şi de zarzavaturi; la cei care cresc cu mai puţin de 400 g pe lună se va îmbogăţi pireul de la prânz (unt, ulei de floarea-soarelui), se va reduce cantitatea

de fineţe, se va creşte cantitatea de lapte, se va mări cantitatea de făinoase din fierturile făinos cu lapte. Cu preparate de durată Humana 2, Nutrilon plus, Milumil 2, Beba, Nan, Humana Baby fit în general sugarul creşte bine. ***Dentiţie,*** în mod obişnuit, la 6 – 7 luni apare primul dinte. Foarte rar se întâmplă ca un sugar să aibă 1 – 2 dinţi chiar de la naştere. ***La unii copii normali primul dinte apare abia către vârsta de un an.*** Aceste abateri mari de la regulă sunt, de obicei, de cauză familială. Dacă momentul apariţiei dentiţiei este foarte variabil, ordinea erupţiei este aceeaşi la aproape toţi copiii, în mod normal, primii dinţi care apar sunt incisivii mediani inferiori.

Locul unde va apărea un viitor dinte este înroşit şi uşor umflat; prin transparenţa mucoasei se poate vedea vârful albicios al dintelui. Cei mai mulţi sugari duc toate obiectele la gură şi muşcă cu mai multă putere decât înainte. Unii sugari sunt nervoşi, iritabili, au somnul agitat şi apetitul diseminat. Toate aceste manifestări pot avea şi alte cauze şi nu sunt semne sigure de erupţie dentară. Alţii se simt la fel de bine ca până acum şi nu prezintă nimic deosebit nici înainte şi nici în timpul erupţiei dentare. Mamele au tendinţa de a pune o mulţime de tulburări (nervozitate, febră, inapetenţă, diaree) pe seama erupţiei dentare care, singură, ***nu declanşează însă creşterea mare a temperaturii şi nici diaree!*** Trebuie consultat medicul. ***Culoarea ochilor.*** La 6 – 9 luni se definitivează culoarea ochilor.

Motricitatea generală. a) ***Aşezat pe spate (decubit dorsal).*** Sugarul se poate întoarce de pe spate pe abdomen pe ambele părţi, dar preferă una din ele. Apucă picioarele, îşi pipăie corpul spre al recunoaşte, întinde braţele în faţă şi ridică capul. Uneori face „puntea” cu hiperextensia coloanei vertebrale: se sprijină pe cap şi călcâie şi îşi ridică în sus trunchiul şi abdomenul cu incurbarea coloanei vertebrale. Membrele inferioare sunt în rotaţie externă, flectate (îndoite) de la genunchi, iar unghiul format de coapsă şi abdomen este obtuz: piciorul este în extensie faţă de gambă, iar articulaţia gleznei este mobilă. De abia la această vârstă, extensia completă a membrelor inferioare este posibilă. Mişcările sunt mai coordonate.

Sugarul nu mai preferă poziţia aşezat pe spate, încearcă să se întoarcă pe o parte sau pe alta, îi place să se agite, să dea din picioare fără încetare, de parcă ar pedala la o bicicletă, gângureşte, lalalizează, trage câte un chiot. Mişcările membrelor inferioare au o amplitudine mare; izbeşte cu picioarele puternic, se opreşte uneori pentru un minut şi priveşte pe cei din jur de parcă ar vrea să se facă remarcat, apoi reîncepe.

b) ***Aşezat pe burtă (decubit ventral).*** În această poziţie ridică bine capul. Trunchiul este relaxat. Când stă liniştit pe burtă, şoldurile se lipesc de planul patului. Se sprijină pe antebraţe sau pe mâini cu echilibru bun (fig.3.12).

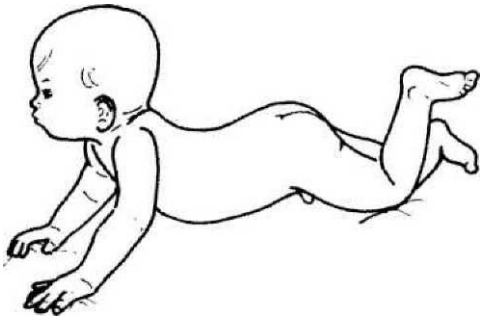


Fig. 3.12 – Culcat pe burtă, sugarul de 5 – 6 luni se sprijină uneori numai pe mâini.

Sugarul se întoarce uneori de pe abdomen pe spate, la început mai mult căzând, dar mai rar în modul "în bloc" şi mult mai des prin rotaţie.

Am văzut că la 4 luni, dacă este aşezat pe burtă, sugarul se sprijină pe antebraţe, ţine capul mai sus şi poate privi lateral. La 6 luni el se sprijină pe oricare din segmentele membrelor superioare, îşi îndoaie spatele, ridică sus capul şi-l întoarce în toate părţile, pentru a vedea tot ce se întâmplă în jurul său. Pus pe un plan orizontal şi dur (ţarc, masă) încearcă să se deplaseze: îndoaie şi îşi împinge picioarele, în timp ce îşi îndreaptă şi coboară capul, schiţând mersul de-a buşilea.

c) ***Poziţia şezând.*** Dacă este „pus să stea în şezut" sprijinit de mamă şi aceasta îşi retrage mâinile care-l sprijină, sugarul ţine mâinile în faţă, preluând destul de stângaci greutatea. Intre 5 şi 6 luni o mare parte din sugari pot sta în şezut pentru scurt timp, necesitând încă o perioadă variabilă de timp până reuşesc să stea bine, fără niciun sprijin. Cei cu o dezvoltare foarte bună pot sta 1 – 5 minute, fără a obosi. După ce a învăţat să stea în şezut şi dacă sugarului îi face plăcere,

mama îl poate aşeza zilnic timp de 15 – 30 minute într-un scaun pentru sugari[3]. Poziţia aceasta îl bucură, deoarece poate să folosească ambele mâini pentru joc, ***încercările unor mume de ai face pe sugar să stea în şezut, ridic în dul mai des sau punându-l între perne, nu sunt urmate de succes. Sugarul va sta bine când muşchii spatelui sunt suficient de dezvoltaţi şi şi-i poate controla. Nu se vor impune exerciţii care-l obosesc sau irită!*** (vezi „Gimnastica sugarului").

Când sugarul învaţă să şadă nu se poate menţine într-o poziţie stabilă decât câteva secunde, chiar dacă este plasat între perne. Când cade sau dă semne de oboseală va fi culcat în poziţia preferată (pe o parte sau pe spate).

d) ***Tracţiunea de pe spate în poziţia pe şezut.*** Dacă mama introduce un deget în mâna sugarului (după experienţa noastră degetul mic pe care – fiind mai subţire – sugarul îl cuprinde mai bine), iar cu celelalte patru degete îl „asigură" ţinându-le în jurul antebraţului deasupra pumnului, sugarul înalţă capul şi apoi întinde trunchiul şi se ridică sprijinindu-se pe şezut, îndoaie genunchii şi apoi întinde membrele inferioare şi se pivotează pe „funduleţ". Nu i se poate da drumul pentru că ar putea cădea, dar îşi ţine bine capul, îl întoarce în toate părţile, îl poziţionează foarte bine în spaţiu. Unii, după ce au participat la ridicarea în şezut, tind să se ridice în picioare şi acceptă cu greu ca din această poziţie

---

3 Ulterior va mânca, aşezat în acest scaun.

să fie readuşi în decubit dorsal (culcat pe spate).
e) ***Poziţia ridicată („în picioare”).*** Dacă mama sprijină pe sugar ţinându-l de axile, acesta se sprijină nesigur la început pe vârful picioarelor, apoi, în jur de 6 luni se sprijină ceva mai bine cu picioarele îndepărtate, dar genunchii sunt încă în flexie (uşor şi inegal îndoiţi), întregul corp este în poziţie simetrică (capul pe aceeaşi axă cu restul corpului) (fig. 3.13). Aceasta nu înseamnă că va merge în curând. Va mai trece încă mult timp până când va sta în picioare şi va merge, întâi trebuie să înveţe să stea în şezut (mult şi sigur) şi să se obişnuiască să-şi menţină trunchiul drept, înainte de a se încumeta să se ridice pe picioarele sale „şubrede”. ***Nu este cazul să fie încurajat să stea în picioare, înainte de a se ridica singur în picioare pe marginea patului.***

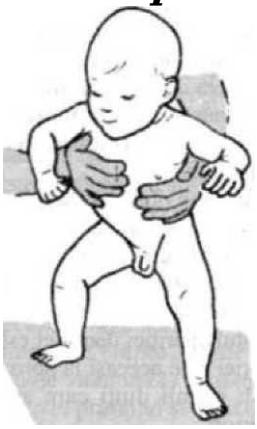


Fig. 3.13 – Susţinut de axile, se sprijină cu picioarele îndepărtate.

Motricitatea fină. Apucarea cu mâinile devine din ce în ce mai abilă. Foloseşte întreaga mână ca un căuş (fig. 3.14) cu întreaga suprafaţă

palmară (tip palmar), dar treptat cu o opoziţie parţială a policelui (degetul mare). Dacă i se dă o jucărioară în mână, o ţine mai mult, o scutură cu energie, râzând zgomotos. Apucă bine un inel în mână. La începutul lunii, apucarea unui cub este precară; dacă-i se pune cubul în mână îl ţine între palmă şi vârful degetelor; la sfârşitul lunii a VI-a şi începutul celei de a VII-a luni, prinderea devine palmară; cubul este ţinut în palmă cu degetele închise pe deasupra. Poate prinde câte o jucărioară sau câte un cubuleţ în fiecare mână, iar dacă fac zgomot le poate ciocăni una de alta.

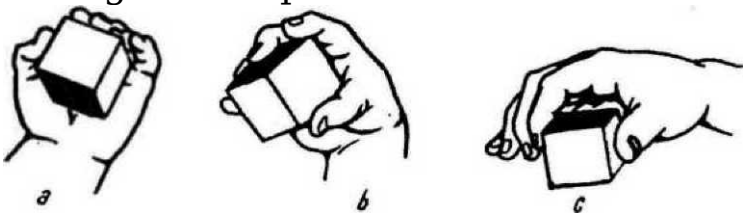


Fig. 3.14 – Evoluţia funcţiei de apucare.

a) La 6 luni sugarul foloseşte întreaga palmă ca un căuş; b) la

8 – 9 luni apucă un cub între toate degetele cu opoziţia degetului mare; c) la un an foloseşte pentru apucare degetul arătător şi degetul mare („pensa police-index”).

Începe să participe cu tot corpul la apucarea unei jucării.

Când râvneşte la o jucărie o fixează mai întâi cu privirea, apoi deschide şi închide alternativ degetele, ca şi când ar prinde-o de la distanţă, face mişcări de supt ca şi când ar gusta-o, agită braţele, încearcă să se apropie de ea. Dacă este aşezat pe burtă şi i se pune un obiect strălucitor în faţă, la mică distanţă de mână, încearcă să se

deplaseze, avansează puţin pe burtă şi, după mai multe încercări, reuşeşte să apuce obiectul dorit. După succes se agită, tresaltă de bucurie, izbeşte cu putere gratiile patului sau ale ţarcului, scoate ţipete triumfale, îşi cheamă mama „pe limba lui”, pentru a-i arăta cucerirea preţioasă. La început strânge bine jucăria, dar nu ştie să-i dea drumul (de abia pe la 10 luni va ajunge la această performanţă). Totuşi, cum strânsoarea se slăbeşte puţin câte puţin, jucărioara cade. Atunci începe să ţipe, decepţionat, apoi îşi reia încercările. ***Limbajul.*** Sugarul „povesteşte” şi când este singur. Formează silabe din ce în ce mai numeroase: da, ce, dee, gheghe, oo, goo; le uneşte în lanţuri şi le pronunţă ritmic (dada-da, gege). Ambii părinţi sunt datori să-şi găsească timp pentru a „dialoga” cu sugarul, repetând vocalele şi silabele pe care acesta le pronunţă. Cu fiecare săptămână vă daţi seama că sunetele emise de sugar sunt tot mai variate, formează treptat un limbaj în care vă povestiţi amândoi evenimentele fericite, decepţiile, modulând tonul vocii, începeţi săi spuneţi propoziţii simple cu cuvinte cu 1 – 2 silabe: „tata vine”, „mama papă”, „papa”. Îl chemaţi cu prenumele său; ***toată familia îl va chema cu acelaşi prenume,*** întrebaţi-l unde sunt fraţii, surorile, bunicii.

Contactul social, în curând va şti să deosebească persoanele pe care le vede zilnic de alte persoane străine. Acest lucru se remarcă după faptul că devine mai liniştit şi întrerupe jocul când apare un străin în apropiere. Prezenţa gălăgioasă a acestuia îl deranjează şi începe să

plângă, în această ultimă eventualitate, părinţii nu trebuie să se îngrijoreze, căci o astfel de reacţie este un semn de dezvoltare absolut normală; diferenţierea anturajului reprezintă o etapă în evoluţia sugarului. Mama sau altă persoană bine cunoscută va rămâne în apropierea lui; simţind prezenţa familiei, sugarul se va linişti. ***Nu i se va permite unei persoane străine să-l ia în braţe când copilul, se teme.*** De reţinut că sugarul uită repede; dacă nu-şi vede bunica timp de trei săptămâni, ea îi va fi străină, chiar dacă înainte de aceasta au locuit împreună.

Se bucură când îşi vede imaginea în oglindă. Deosebeşte tonul cald, drăgăstos de cel ferm, sever; înregistrează expresia feţei mamei şi reacţionează la aceasta. Se întoarce spre sursa de zgomote şi reacţionează adecvat faţă de situaţii plăcute sau neplăcute.

Treptat, pe măsură ce se dezvoltă, începând din luna a şasea, sugarul capătă ***conştiinţa de sine,*** de mama sa, de ceilalţi membri ai familiei.

În primele luni sugarul era probabil incapabil de a deosebi ceea ce era el şi ceea ce nu era el. Puţin câte puţin, el învaţă să capete conştiinţa corpului său de care îşi dă seama mulţumită mângâierilor mamei, ceasurilor lungi petrecute la alăptat, la înfăşat, la baie, la toate stimulările plăcute şi neplăcute percepute prin pielea sa: i-a fost frig sau prea cald, a fost ud sau prea strâns înfăşat etc. În acelaşi timp datorită percepţiilor sale vizuale, olfactive (de miros), auditive, cutanate (de pipăit, mângâiat, durere, rece, cald

etc), el a căpătat cunoştinţă de cei din jur, vă cunoaşte şi recunoaşte faţa, vocea, sânii, mâinile, braţele şi mirosul corpului dumneavoastră; în acelaşi timp a dobândit conştiinţa gurii, mâinilor şi picioarelor sale. Unele senzaţii mai profunde[4] îl fac să perceapă poziţia membrelor sale şi, puţin câte puţin, integrând în fiecare zi mai bine aceste senzaţii, va fi capabil să facă din aceste senzaţii o sinteză şi să se cunoască în ansamblu. Obiectele din imediata lui apropiere participă la această dobândire a conştiinţei de ceea ce este el şi de ceea ce nu este el; le vede, le pipăie, le apucă, le scapă, le regăseşte, tot atâtea experienţe de sute de ori reînnoite care contribuie la această lentă cuprindere a lumii. În această evoluţie în cunoaşterea de sine, dumneavoastră, ca mamă, sunteţi figura mereu regăsită, vocea mereu auzită, elemente permanente care-i permit să accepte în chip fericit fiecare experienţă şi să-i dea astfel adevărata sa valoare. De aceea, mama trebuie să fie prezentă şi să-i dea cât mai mult din timpul ei.

O etapă nouă începe aproape pe neaşteptate, comunicările şi schimburile se fac prin intermediul unui obiect: ***jucăria,*** îi place ca să-i luaţi ursuleţul (sau jucărioara) să îl arătaţi, să îl daţi, să îl luaţi din nou, îi place ca mama sau tata să izbească într-o cutie de tablă. Astfel în jocul cu copilul, de acum înainte se va folosi un obiect care va servi de intermediar, îi place cum de la această vârstă şi pentru multă vreme, să repetaţi aceleaşi jocuri. Trebuie să aveţi încă gesturi lente şi calme căci

4 Din interiorul corpului.

sugarul se sperie de zgomote prea tari sau de mişcări prea bruşte. Vor mai trece câteva săptămâni (între 8 şi 10 luni) până când părinţii vor reuşi să recunoască ce jocuri preferă şi care sunt jucăriile sau culorile care-i plac mai mult.

Auzul. Sugarul se întoarce spre sursa unui zgomot şi deosebeşte calităţile sunetului. Zgomotele stridente îi declanşează nemulţumirea şi chiar plânsul. Dimpotrivă, ascultă atent pe cele agreabile. Aude sunetele proprii şi le repetă. Persoanele care vorbesc tare îl sperie. ***Vederea.*** Urmăreşte persoane şi obiecte. Priveşte orice în jur. Coordonarea mână-ochi este bună, atunci când priveşte obiectele pe care le ţine în mână. Urmăreşte orice, în diferite planuri. Nu mai are strabism. Examenul se face în condiţiile culcat pe spate şi şezând.

Concluzii asupra dezvoltării neuromotorii. Această lună pare să fie de importanţă deosebită. Poziţia şezând devine mai stabilă, echilibrul se perfecţionează în poziţiile culcat pe spate şi pe o anumită parte. Schimbarea poziţiei lărgeşte orizontul copilului.

Controlul capului este bun, rotaţia se îmbunătăţeşte, iar prin aceasta şi capacitatea de aşi perfecţiona funcţia motorie, începe să prelucreze percepţiile vizuale, acustice şi tactile care se edifică pe funcţiile motorii. Contactul cu mediul înconjurător creşte. Rezultă că dezvoltarea psihică, maturarea simţurilor, contactul social, afectivitatea sunt dependente de calitatea şi evoluţia sistemului nervos şi muscular. Părinţii cu iniţiere în probleme de creştere şi dezvoltare a

copilului, cu vocaţie de părinţi şi cu viaţă de familie armonioasă, echilibrată sunt cei care reuşesc să depisteze cât mai de timpuriu şi în toate amănuntele orice tulburare în starea de sănătate, în dezvoltarea şi comportamentul sugarului.

La această vârstă, ajutorul părinţilor, îndeosebi al mamei, nu constă în a învăţa pe sugar lucruri noi, ci în ai crea cele mai bune condiţii de mediu, de program „de viaţă". Mama ajută dezvoltarea sugarului în măsura în care este prezentă şi-i oferă cât mai mult din timpul său, în prezenţa mamei, orice schimb devine joc: dacă-l apucă de mâini sau de picioare, dacă-i vorbeşte, dacă-i repetă gânguritul şi vocalizele. Mama trebuie să-i dea prilejul să se mişte în voie, să-şi folosească muşchii dacă-i face plăcere. De acum înainte stimulii sociali trebuie lărgiţi. Intro familie se ivesc prilejuri deosebite pentru acest deziderat. Este obligatoriu ca tatăl să-şi găsească timp pentru a fi în prezenţa sugarului, să se întreţină" cu el, să-l „asiste" în timpul cât se joacă, să-l scoată la aer, în familiile în care mai sunt copii, mama va observa cu surpriză cum sugarul se bucură mai mult decât de orice de „societatea" celorlalţi fraţi. Prin persoanele din preajma lui, sugarul capătă interes pentru societatea din jur.

Sugarii lăsaţi în pat tot timpul, fără să vorbească nimeni cu ei, se dezvoltă mai greu, cu toate că au o inteligenţă normală.

Supraveghere şi îngrijiri

Organizarea zilei. Sugarul rămâne tot mai

mult treaz; îi place să stea mereu câte cineva pe lângă el, se mişcă mai mult, îi place să fie dus cât mai mult la plimbare. Scoaterea afară se face după anotimp: vara, mai de dimineaţă şi spre seară; iarna, spre prânz şi la începutul după amiezii. Plimbările sunt făcute nu numai în scopul de a „lua aer”, dar şi ca un mijloc de distracţie şi de liniştire, prin balansarea căruciorului, mişcarea frunzelor din copaci, tabloul oferit de grădină şi de stradă. Dacă timpul este favorabil, sugarul va fi ţinut cât mai mult în parc; în acest caz i se va da să-şi consume biberonul afară.

Baia devine un prilej de bucurie. Se prelungeşte la 5 – 10 minute şi sugarul va fi lăsat să se bucure, să se agite. Când stă bine în şezut se poate juca cu o răţuşcă sau cu un vaporaş.

Somnul. Se întâmplă ca sugarul să se trezească noaptea din somn. Aceasta poate fi numai o situaţie trecătoare, dar dacă se repetă frecvent şi pe perioade lungi se va consulta medicul.

Nu vă sesizaţi dacă sugarul se trezeşte în timpul nopţii, gângureşte sau se mai mişcă prin pat. Dacă nu plânge şi nu este nemulţumit va fi lăsat în pace.

Dacă se trezeşte şi plânge aşteptaţi puţin să vedeţi dacă nu se răzgândeşte şi adoarme din nou, în cazul în care nu încetează să plângă va fi schimbat şi i se va da, eventual, să bea puţin ceai, va fi mângâiat şi va fi culcat din nou în pat. Mulţi sugari se mulţumesc cu o suzetă. Unii sugari doresc să aibă „societate”. Li se va pune de cu seara o jucărie în pat, în apropierea lor, pentru a o

putea prinde când se trezesc noaptea. S-ar putea ca sugarul să se mulţumească să stea şi singur, dar ştiind că-şi poate trezi uşor părinţii, preferă desigur societatea lor. Ca măsuri preventive sau de corectare a tulburărilor banale de somn vă indicăm următoarele:

a) ***Sugarul va fi scos zilnic afară.*** Plimbarea de după amiază va fi mai lungă, pe un teren uşor accidentat (legănatul şi trepidaţiile căruciorului au un efect calmant), va fi făcută mai spre seară, când este mai răcoare.

b) Se va evita excesul de impresii seara (jocuri prelungite cu tatăl, bunicii sau fraţii mai mari; vizite în alte familii; musafiri în propria familie; televizor deschis etc.).

c) Masa de seară va fi mai consistentă şi cu o cantitate mai mare de lichide.

d) Se va respecta acelaşi program în fiecare seară.

e) Baia generală se va face zilnic.

f) îmbrăcămintea de noapte va fi comodă şi nu prea călduroasă.

g) Se va evita supraîncălzirea camerei.

h) Dacă se trezeşte în cursul nopţii va fi mângâiat, eventual i se va da biberonul, se verifică dacă nul jenează îmbrăcămintea, dar nu se va angaja vreo „convorbire” şi nici nu va fi luat în braţe.

Patul. Când sugarul începe să se ridice în şezut coşul devine periculos. Salteaua va fi fixată la o înălţime care să evite căderea sugarului din pat. Nu se va lăsa niciodată marginea patului

coborâtă, în timpul îngrijirii sugarului în pat, acesta va fi aşezat totdeauna perpendicular pe latura mare a patului, ca să nu cadă din pat când se răsuceşte. Sârmele de la plasele marginilor patului vor fi controlate şi reparate, pentru a nul zgâria pe sugar. Gratiile care s-au deplasat din dispozitivul unde sunt fixate se vor repara de urgenţă, pentru a se evita accidentele (fracturi, strangulare). Se interzice fixarea sugarului cu hamuri în timpul nopţii! *Ţ **arcul.*** De la sfârşitul lunii a VI-a sugarul poate fi pus în ţarc, bineînţeles nu pentru a merge. Sugarul simte nevoia să urmărească ce se petrece în jurul lui. Ţarcul îi oferă posibilitatea să privească în toate părţile, să se mişte în voie. „Modulul" (premergătorul) se recomandă numai după ce sugarul se ridică singur pe marginea patului.

3.6. ***De la 6 la 7 luni***

Sugarul arată mult mai matur. Stă singur în şezut şi mişcă mânuţele în toate părţile, Multe din mişcări sunt încă neîndemânatice, dar – în general – sunt făcute cu un anumit scop. Se joacă cu poftă şi se supără dacă este deranjat.

S-a obişnuit să mănânce bine, ritmul zilnic se desfăşoară mai regulat.

Cel mai important progres este să-şi capete control asupra propriilor mişcări. Uimeşte pe toată lumea cu energia şi bucuria pe care o manifestă în legătură cu cea mai mică activitate. Este sensibil la mângâierile şi laudele celor din jur, îşi manifestă bucuria nu numai prin mimică, ci şi vorbind pe „limba lui", strigând şi chiuind de bucurie. ***Alimentaţia***

Alimentaţia naturală se menţine pe cât posibil. După părerea noastră, dacă sugarul creşte bine, se vor da 2 – 3 supturi (dimineaţa, seara şi la încă una sau chiar două mese în cursul zilei).

a) Laptele degresat sau diluat se menţine numai la sugarii problemă, sub controlul medicului şi al asistentei de familie. La sugarii sănătoşi se recomandă lapte de vacă nedegresat (integral). Se poate continua cu preparate de lapte „de durată" după nomenclatura germană, „de continuare" după nomenclatura franceză sau cu „formule" după nomenclatura americană: Humana 2, Milumil 2, Nutrilon plus, Nativa 2 etc, sau alt preparat comercial de lapte pulbere cu 3,4 – 4% grăsimi, fără sau cu adaosuri (glucoză, dextrin-maltoză, făinuri de cereale, vitamine). Se poate introduce o masă de lapte cu cereale (vezi tabelul 3.2, pag. 126 şi fig. 3.8. C pag. 150).

b) Cantitatea de lapte în 24 de ore este de 400 – 600 ml. Sugarul care bea mult lapte creşte în general bine în greutate, dar ca urmare a alimentaţiei unilaterale pot apărea semne de carenţe. Cu timpul, aceşti sugari devin anemici şi receptivi la infecţii. La sugarii hrăniţi numai cu lapte de vacă, scaunele devin de culoare alb-fumurie („chitoase"), cu miros urât1.

Alimente consistente. La pireul de zarzavat, la care se mai pot adăuga de 4 ori pe săptămână carnea (mânzat, pasăre, ficat) fin tocată şi de 2 – 3 ori pe săptămână un gălbenuş întreg de ou. În luna a VII-a este important ca sugarul să primească ficat, carne, gălbenuş de ou, pentru aportul de fier care-l fereşte de anemie, în

condiţii normale, sugarul are la naştere depozite de fier suficiente pentru 3 – 5 luni. După aceea primeşte puţin fier din fructe şi zarzavaturi. Acum rezervele sunt însă epuizate şi este necesar aportul de fier, prin carne şi gălbenuş de ou. Carnea de vită, de pasăre sau ficatul (găină, mânzat) se fierb şi se toacă foarte mărunt sau se mixează. Se adaugă câte 3 – 5 linguriţe la pireul de zarzavat, crescându-se apoi până la 6 şi apoi la 6 – 8 linguriţe. Nu se dă sugarului carne mai grasă (porc, raţă, gâscă, grăsimea de la şuncă), deoarece aceasta se digeră mai greu. Dacă sugarul nu vrea să primească carne se renunţă timp de câteva zile şi se reia cu alt sortiment de carne sau cu ficat. Dacă un sugar refuză cu încăpăţânare să primească pireul, carnea şi gălbenuşul de ou se va consulta medicul, pentru a recomanda tehnica adecvată pentru a „păcăli” pe sugar ca să primească aceste alimente foarte preţioase pentru combaterea anemiei. La nevoie se recurge la un medicament care conţine fier sau cereale „fortificate” cu fier. a) ***Porţiile de mâncare consistentă*** vor fi de 150175 g la început, apoi vor creşte la 200 – 220 g. Este mai bine să se înceapă cu porţii mici, pe care sugarul le primeşte cu plăcere. Apa în care s-au fiert carnea şi zarzavatul se dă la această vârstă.

Începând de la această vârstă, sugarii savurează masa şi cu ochii. Mama va avea grijă ca mâncarea să fie frumos prezentată, cu gust plăcut, să fie servită dintr-o ceaşcă totdeauna aceeaşi.

b) ***Mişcările de masticaţie*** apar la cei mai mulţi sugari între 6 şi 10 luni. Când sugarii încep

să aibă mişcări de masticaţie se va încerca să li se ofere şi alimente de consistenţă mai crescută. Zarzavaturile nu se mai trec prin sită, ci se încearcă să fie date zdrobite bine cu furculiţa. Mai târziu, zarzavaturile se toacă mărunt; în acest fel se uşurează trecerea spre o alimentaţie normală.

Este foarte important să se adauge alimente consistente de îndată ce sugarul este dispus să le primească, deoarece cei care continuă să fie hrăniţi cu alimente pasate, deşi ar putea să le mestece, vor ajunge să refuze vreme îndelungată tot ce nu este mixt sau trecut prin sită. Tot la această vârstă se permite autoalimentarea.

Unii încep să apuce singuri alimentele cu degetele, pentru a le suge şi a le morfoli. Este un exerciţiu excelent în vederea folosirii ulterioare a linguriţei. Un copil căruia nu i se permite să mănânce cu degetele nu va avea niciodată dorinţa de a le folosi. La început îşi va murdări mâinile, faţa, părul, obiectele din jur, dar se ştie că orice început este greu. Pentru sugar este o nouă etapă în cucerirea mediului înconjurător şi a independenţei. I se poate da din când în când un biscuit sau o coajă de pâine, fără ca acestea să înlocuiască o masă. Scopul este să aibă ceva de ronţăit, atunci când îi ies dinţii. Când coaja de pâine se înmoaie sau îi cade jos se înlocuieşte cu alta. Din când în când i se poate oferi puţină pâine cu unt.

La sfârşitul lunii a 7-a, sugarul va avea, în general, următorul meniu:

1 În mediul urban se vor folosi produse

adaptate („formule”). La ţară, la nevoie, se va folosi lapte de vacă 2/3 sau chiar 3/4 / 3 părţi lapte + 1 parte apă, fierte împreună.

– *Dimineaţa:* un biberon de lapte „de durată”; la ţară lapte de vacă diluat (3/4 lapte + 1/4 apă) şi la cei care tolerează sau progresează în greutate lapte integral;

– *Ora 10:* nimic sau fructe (mere, banane, piersici, caise, fructe de pădure);

– *La prânz:* pireu de zarzavat cu carne sau gălbenuş de ou îmbogăţit cu 1/2 linguriţă de ulei; piureul poate fi pregătit cu zeama în care a fiert carnea.

– *După-amiază*: – fie un produs de lapte „de durată” cu adaosuri („Brei” cu fructe, cereale etc.);

– Fie fructe strivite cu brânză de vaci şi/sau cereale instant (biscuiţi măcinaţi);

Fie se încearcă iaurt;

– *Seara:* fie lapte „de durata* simplu, de dorit cu adaosuri de cereale (Brei).

Vezi tabelele 3.1,3.2 şi 3.3 (pag. 125,126,127).

Dezvoltarea fizică şi psihomotorie

Greutatea. Sugarul creşte în medie cu 500 g pe lună, respectiv 100 – 125 g pe săptămână. Această cifră reprezintă numai jumătate din progresul greutăţii din cursul celei de a II-a sau a III-a luni. Această dezvoltare este absolut necesară şi normală. Dacă un sugar ar continua să crească câte 800 – 1.000 g pe lună, ar cântări 125 kg la vârsta de 10 ani. Dacă mama compară

greutatea sugarului propriu cu cifrele indicate în cărţi trebuie să aibă în vedere că tabelele redau valori medii, calculate din cifrele obţinute de la foarte mulţi copii. La unii sugari greutatea şi curba ponderală nu corespund cu niciunul din aceste tabele. Este o mare greşeală de a se categorisi ca „distrofic” sau „anormal” un sugar care cântăreşte cu 400 – 500 g mai puţin decât scrie în cărţi. Sugarii (şi copiii mai mari) care se mişcă tot timpul nu se îngraşă. Este de preferat un copil „slab”, dar care se zbenguie tot timpul, care are „carnea tare” şi care se îmbolnăveşte rareori, decât unul „gras” şi „frumos”, dar care se mişcă greu, iar la prima îmbolnăvire reacţionează catastrofic!

Motricitatea generală, a) ***Culcat pe spate.*** Dacă mama aşază un sugar vioi, sătul şi sănătos culcat pe spate pe un plan perfect orizontal şi dur (de preferat o masă), acesta se întoarce imediat pe o parte sau pe alta. Cei mai mulţi reuşesc cu uşurinţă să se întoarcă pe burtă.

Poate întinde ambele braţe, ridicând şi capul, spre a semnaliza că vrea să fie ridicat; dacă este apucat de mâini se trage aproape sigur în sus. Nu mai există un model dominant de flexie sau de extensie.

b) ***Culcat pe burtă,*** sugarul ridică capul, îşi transferă centrul greutăţi şi îndoaie membrele inferioare sub burtă cu intenţia de a se ridica, dar cade înapoi. Repetă mereu această nouă achiziţie, în această poziţie se „învârteşte” în jurul axului, se mişcă tot timpul şi încearcă să se deplaseze când înainte când înapoi (uneori ca „racul”). Întinde un

braţ pentru a apuca un obiect. Intermitent întinde ambele braţe şi se sprijină pe mâini cu articulaţia cotului întinsă. Poziţia este simetrică. Bazinul este lipit de planul patului, membrele inferioare sunt în abducţie (duse în afară) şi uşor flectate (îndoite).

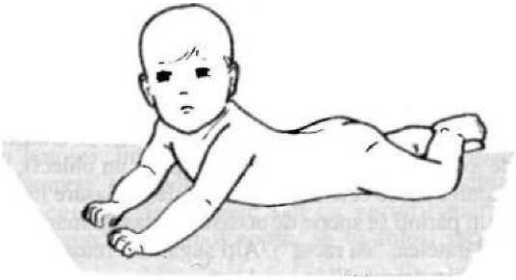


Fig. 3.15 – în luna a 7-a, culcat pe burtă; bazinul este lipit de planul patului.

c) ***Poziţia şezând.*** Ridicat prin tracţiune în poziţie şezând, sugarul a devenit mai stabil. Se poate sprijini în faţă. ***Mai trebuie sprijinit când stă în şezut?*** Sugarul a învăţat destul de bine să stea singur, dar preferă să fie sprijinit de la spate, dacă stă treaz mult timp. Pentru 1 – 2 ore poate fi aşezat într-un scaun pentru copii, la început în unghi obtuz şi apoi cu timpul, în unghi drept, unde are un sprijin suficient pentru spate şi braţe, putându-se concentra în întregime asupra jocului.

Fig. ***3.16*** Poziţia şezândă este mai stabilă.

d) ***Rotaţia, târârea, „mersul „de-a buşilea.*** Am vrea să precizăm că în dezvoltarea motorie a sugarului trebuie diferenţiate patru stadii: „târârea”, „de-a buşilea”, în „patru labe” şi „în picioare”.

La dezvoltarea generală trebuie urmărite şi alte achiziţii motorii: „rotaţia” sau „întoarcerea” (pe una din părţile laterale, pe ambele, de pe burtă pe spate, de pe spate pe burtă) şi „învârtirea”, care este o rotaţie în jurul unui ax, sugarul pivotându-se pentru această mişcare pe unul sau pe ambele membre superioare. Cea mai mare parte a sugarilor nu sunt capabili de a adopta poziţia în „patru labe” nici în luna a VII-a. Ei încearcă să se deplaseze prin rotaţie, prin târâre sau de-a buşilea (de exemplu pentru a ajunge să apuce un obiect), dar efectul este de cele mai multe ori de deplasare înapoi. Mulţi părinţi se sperie de această deplasare înapoi (de îndărătelea, „ca racul”). Alţi sugari nu reuşesc decât să se „învârtească” în jurul lor. Sugarii sunt „fericiţi” de această achiziţie şi o repetă până la exasperarea şi îngrijorarea întregii familii. Se

observă o bună capacitate de extensie. Fie că este aşezat pe spate, fie pe burtă (mai ales), sugarul se întinde cu fiecare segment al corpului pentru a se deplasa înainte sau înapoi. Adesea, în cadrul tentativelor de deplasare, unii sugari reuşesc să se sprijine pe mâini (cu braţele întinse) şi să aducă membrele inferioare sub abdomen; este o tentativă de deplasare de la stadiul „de-a buşilea" la cel în „patru labe". e) ***Ridicarea în picioare susţinut de axile.*** Dacă mama apucă pe sugar de subsuoară şi-l ridică în picioare, acesta se sprijină pe vârful sau (mai rar) pe tălpile ambelor picioare, încearcă să preia eficient greutatea corporală şi, din această poziţie, îndoaie şi întinde succesiv articulaţiile membrelor inferioare (genunchi, şolduri, glezne). Sugarul reuşeşte să preia numai pentru scurt timp greutatea corpului. Atragem atenţia părinţilor de a nu lăsa fără sprijin pe sugar şi nici de a face exerciţii pentru a forţa perfecţionarea acestei capacităţi neuromotorii. Sugarul nu va fi pus să se sprijine singur decât după ce încearcă şi reuşeşte singur să se apuce de plasa patului şi să se ridice în picioare. ***Motricitatea fină. Apucarea.*** Din orice poziţie, sugarul încearcă să se mişte şi să-şi echilibreze trunchiul şi membrele (fără să reuşească decât rareori) pentru a apuca obiecte care sunt aşezate în apropierea şi la îndemâna sa, îl tentează mai ales obiectele viu colorate. Apucă obiecte mai mari şi mai mici, dar predomină încă apucarea de tip palmar, pe care o face însă cu mişcări din ce în ce mai coordonate, întinde mâna pentru apucare şi în afara razei lui de acţiune. Ochii par să

dorească mai mult decât poate realiza din punct de vedere motor. Mâinile sunt deschise şi degetele pregătite pentru activitatea fină. Prinderea obiectelor este încă de tip cleşte-patent. După ce le apucă, sugarul le priveşte („le cucereşte cu ochii”). Mâinile se unesc pe linia mediană. Se joacă cu mâinile şi picioarele. Pipăie obiectele şi învaţă să deosebească materiale ori suprafeţe plăcute de cele dezagreabile. Reacţiile sunt de plăcere, se însoţesc de bucurie, uneori de chiote.

Limbajul. Sugarul pronunţă primele silabe izolate ca: dada, tata, papa, mama. Emite sunete nuanţate. Imită, repetă şi modifică sunete, „povesteşte pe limba lui” multe şi cu plăcere.

Contactul social. Privirea începe să fie „grăitoare”. Aceasta are semnificaţia stabilirii de contacte cu lumea din jur prin intermediul privirii. Se bucură când recunoaşte persoane; se bucură de imaginea lui din oglindă. Ascultă cu atenţie şi reacţionează adecvat la tonul unei voci (prietenoasă sau severă), adică prin bucurie sau disconfort. La această vârstă, unii sugari devin timizi şi mai puţin prietenoşi. Nu înseamnă neapărat că le este teamă. Aceasta constituie un semn că sugarul începe să sesizeze deosebirea dintre persoanele apropiate şi cele străine, reacţionând corespunzător. Zâmbeşte prietenos persoanelor pe care le cunoaşte bine. Faţă de străini este rezervat. Când este vorba de medicul sau de asistenta de ocrotire, care i-a făcut recent o injecţie, plânge cu disperare.

Unii sugari par să nu treacă printr-o astfel de perioadă de timiditate, pe când la alţii ea este

izbitoare. Este bine să se respecte aceste sentimente. Copilul nu va fi obligat să se lase luat în braţe de străini, dacă el arată că nu îi face plăcere. Se va constata că va trece uşor peste această timiditate, dacă va veni în contact mai des cu persoane străine, de preferat cu un cerc restrâns şi la intervale scurte.

Timiditatea constituie o etapă în dezvoltarea copilului, reprezentând ceea ce s-ar putea numi „sociabilitate selectivă”. Dacă este respectată şi nu i se dă proporţii neobişnuite, este foarte puţin probabil ca sugarul să devină mai târziu un anxios.

Auzul. Se întoarce spre sursa zgomotului. Aude şi repetă sunetele proprii. Imită zgomote din afară. ***Vederea şi mişcările globilor oculari.*** Coordonarea muşchilor globilor oculari şi coordonarea mână-ochi sunt bune. Sugarul priveşte îndelung un obiect şi urmăreşte persoane. Rar se uită cruciş; câteodată îi mai „rămâne un ochi în urma celuilalt”, când priveşte lateral.

În concluzie, în luna a Vila continuă procesul de stabilizare şi socializare. O mare parte din sugari stau bine pe şezut, dar mai sunt unii care „se clatină” sau „cad” după 1 – 2 minute, fiind încă nevoie de sprijin. Pentru 1 – 2 ore poate fi aşezat într-un scaun pentru copii. Poate fi plasat pe şezut pe un fotoliu, în aşa fel ca spatele să formeze cu membrele inferioare un unghi obtuz sau drept (vezi şi „Gimnastica sugarului”).

Prin progresele motorii, sugarul capătă noi capacităţi pentru cercetarea mediului înconjurător. Controlul mişcărilor şi poziţiei capului este bun, se întoarce din ce în ce mai bine,

de pe o parte pe alta; unii încep să se deplaseze de-a buşilea. Calitatea recepţiilor vizuale, tactile (pipăit) şi auditive este integrală.

Supraveghere şi îngrijiri

Somnul. Cei mai mulţi sugari dorm acum noaptea fără întrerupere. Alţii se trezesc, dar adorm singuri dacă sunt lăsaţi în pace cu jucăria lor. La această vârstă, un sugar mai doarme de 2 – 3 ori în cursul zilei. Numărul şi durata perioadelor de somn din timpul zilei depind de structura sugarului, de starea de spirit şi de agitaţia celor cel supraveghează, de programul general al familiei sau colectivităţii în care este îngrijit.

Din luna a VII-a, odată cu înmulţirea posibilităţilor de mişcare, mulţi sugari îşi schimbă poziţia şi se dezvelesc în cursul nopţii. Mai întâi trebuie să vă convingeţi dacă sugarul nu este îmbrăcat prea călduros sau învelit prea gros. Pentru a nu-i fi prea cald, este bine să nu-l acoperiţi de la început cu pătura mai călduroasă. Se va menţine o temperatură cât mai constantă în cameră.

Dacă îmbrăcămintea de noapte îi acoperă şi picioarele (sac de dormit, pantalonaşi cu botoşei) şi în cameră este cald (peste 22°C) nu sunt motive de îngrijorare dacă sugarul se dezveleşte.

În locuinţele care se răcesc mult în cursul nopţii (sub 17°C) este bine ca sugarul să fie îmbrăcat mai gros. La îmbrăcămintea obişnuită se poate adăuga un tricou sub cămaşa de noapte sau o jacheţică subţire pe deasupra. După părerea noastră, pentru copiii care se mişcă mult şi se dezvelesc sunt mai bune pijamalele cu botoşei,

între coapse se pun scutece absorbante („Pampers”). Chiloţii din plastic favorizează opăreala, în locuinţele friguroase sau cu variaţii mari de temperatură, în timpul nopţii, se va folosi sacul de dormit.

Baia (generală sau la nevoie parţială) se face, în continuare, zilnic. Dacă se face cu îndemânare, cu calm, în apă cu temperatura de 36 – 37°C (temperatura corpului), într-o cameră încălzită la circa 22°C şi fără curenţi de aer, baia este o plăcere pentru sugari. Săpunirea şi curăţirea cu apă se fac în cadă, cu minuţiozitate peste tot şi îndeosebi la cutele pielii. Sugarul va fi lăsat, dacă stă nesprijinit pe şezut, să se joace în apă cu o răţuşcă sau cu o bărcuţă de plastic. Baia nu trebuie să se prelungească peste 10 – 15 minute. Nu suntem de acord să se facă duşuri cu jet de apă puternic, care sperie pe unii sugari. Dacă unii părinţi ţin la aceste duşuri se recomandă să fie făcute cu ajutorul unei stropitoare, cu apă la temperatura cu care este obişnuit sugarul (36 – 37°C). Apa prea caldă sau prea rece sperie pe sugar şi nu este lipsită de pericole: arsuri, răceli, stări de hipotermie (devin palizi sau vineţi, îşi pierd echilibrul sau chiar conştienţa).

3.7. ***De la 7 la 8 luni***

Din această lună, datorită nevoii de mişcare şi de cunoaştere, sugarul este expus la tot felul de accidente şi intoxicaţii. Gura a devenit un organ de cunoaştere şi tot cei cade la îndemână este dus la gură. Fiecare familie este datoare să ia de acum înainte toate măsurile de prevedere pentru a feri sugarul de primejdii. Sugarul şi copilul mic nu pot

fi învăţaţi să nu pună mâna pe tot ce se află în apropierea lor. Sunt prea mici pentru a înţelege interdicţiile. Este mai simplu să se ţină obiectele periculoase (ace, bile, grăunţe, fierul de călcat încins, nasturi) sau substanţele otrăvitoare (detergenţi, insecticide, cosmetice, băuturi alcoolice, medicamente) la distanţă de ei. La prizele electrice se vor pune dispozitive de siguranţă. Uşile de fier de la sobele de teracotă şi sobele de fontă se vor „apăra” cu plăci de azbest, la marginile ascuţite de la elemenţii caloriferului se vor pune placaje de azbest, mobilierul se va reduce la minimum. Dacă sugarul este aşezat pe podea, el va fi tentat să se ridice în picioare. Se prinde de orice obiect întâlnit în apropiere. Când apucă de fusta mamei este mai puţin rău, dar dacă se agaţă de colţul feţei de masă pe care se găsesc vase cu mâncăruri fierbinţi, se poate opări.

Pe masa de înfăşat sau pe patul adulţilor sugarul se rostogoleşte şi poate să cadă, dacă nu este culcat perpendicular pe latura lungă a patului. ***Alimentaţia***

Nici în luna a 8-a nu sunt necesare modificări importante în alimentaţie. Va primi tot produsul de lapte pe care la primit în luna anterioară cum sunt Milupa 2, Humana 2, Nan, Nutrilon plus, Beba 2 sau „formule” ca Similac etc. ***Dimineaţa*** sugarul va primi un biberon, de preferat cu lapte simplu sau, la cei cu greutate mai mică sau la „mofturoşi”, facultativ, cu adaosuri (făină de cereale sau cereale cu fructe – Milchbrei).

La ora 10 se dau fructe strivite sau nu se dă nimic. ***La prânz*** va primi pireu de zarzavat (în

general de cartofi şi morcovi cu unt sau ulei) şi cu carne sau gălbenuş de ou. Dacă nu aveţi siguranţa prospeţimii oului daţi carne în fiecare zi. În funcţie de anotimp şi de modul cum primeşte sugarul pireul poate fi mai variat. Pe lângă cartofi şi morcovi se pot adăuga: dovlecei, conopidă, fasole verde, mazăre verde, gulii etc. În multe cărţi se recomandă ca pireul să fie dat în fragmente mai mari (sfărâmat cu furculiţa). În practică, însă, cea mai mare parte a sugarilor nu „ştiu" să mestece şi primesc numai zarzavatul mixat sau trecut prin sită. La sfârşitul mesei se va încerca dacă sugarul nu doreşte şi puţin suc de fineţe sau apă simplă.

Gustarea de după-amiază, în principiu, ar trebui să fie constituită dintr-un amestec de fineţe strivite (sau la nevoie pasate fin) cu cereale-instant. Brânza de vaci intrată în tradiţia culinară a sugarului la noi în ţară nu este absolut necesară.

La sugarii care primesc însă la ora 10 fineţe, la masa de după-amiază se va da iaurt cu sau fără cereale (sau biscuiţi „mărunţiţi"), iar dacă se dau fructe, la acestea se poate adăuga brânză de vaci preparată în casă şi biscuiţi. ***Seara,*** biberonul de lapte poate fi îmbogăţit cu făină de cereale şi/sau fineţe („Brei") sau se alege un produs din comerţ de lapte cu adaosuri (mere, banane, cereale, fineţe tropicale etc.) de la firme ca Hipp, Nestle, Milupa etc. ***Raţia de lapte*** este înjur de 400 – 600 ml în 24 de ore. Dacă sugarul vrea să ţină sau să atingă biberonul în timp ce bea, va fi ajutat se facă. Poate fi luat în braţe sau, dacă preferă, poate fi lăsat să bea singur, stând culcat sau şezând. Atunci când sugarul încearcă să bea singur din biberon, mama

va sta lângă el, ajutându-l să aibă o poziţie cât mai stabilă (cea mai plăcută şi mai comodă poziţie când este ţinut în braţe); va sprijini şi va înclina biberonul pentru ca sugarul să nu înghită aer. Mulţi sugari acceptă de la această vârstă să bea din ceaşcă, în familiile înstărite, procurarea unui scaun înalt prevăzut pentru alimentaţia sugarului şi copilului este de mare folos.

Albuşul de ou poate pricinui o „alergie” (erupţii ale pielii, scaune moi şi urât mirositoare, agitaţie etc.) la sugarii care au această tendinţă. La sugarii care nu au prezentat niciun episod de erupţii ale pielii în trecut se va introduce albuşul înglobat în „zdrenţe de ouă” în supă, în lunile următoare, albuşul foloseşte la prepararea unor creme, papanaşi, găluşti, budinci, perişoare.

La această vârstă numai gălbenuşul este un element nutritiv esenţial pentru conţinutul său în fier, vitamine, proteine şi grăsimi cu valoare biologică mare.

Fructe conservate. Dacă familia are fructe congelate sau conservate în casă (fineţe „proaspete”, compot de mere, compot de gutui, pastă de mere, pastă de măceşe, gem de caise) se pot da strivite şi omogenizate cu o lingură de lemn. De asemenea, se pot da fineţe proaspete fierte, strivite şi, la nevoie, îndulcite cu sirop de zahăr. Eventual se amestecă cu pesmet de pâine, cu biscuiţi opăriţi şi bine sfărâmaţi sau cu cereale instant, adăugându-se şi brânză de vaci preparată în casă.

Scaunele de fructe şi zarzavaturi. Reamintim că în cazul alimentaţiei cu fructe sau

zarzavaturi, scaunele conţin celuloză nedigerată, având culoarea şi aspectul modificate faţă de scaunele de lapte. Multe mame se neliniştesc bănuind că sugarul nu poate mistui unele alimente sau că fructele sau zarzavaturile respective ar fi fără valoare, fiind nedigerabile. Trebuie să se ştie că organismul reţine şi utilizează toate substanţele cu valoare biologică (vitamine, săruri minerale, glucide, proteine).

După ce se introduc mai multe fructe şi zarzavaturi, numărul de scaune poate să crească şi să apară un eritem fesier. Nu este un motiv de alarmă, dacă scaunele sunt consistente şi nu sunt în număr mai mare de 3 în 24 de ore. ***Celuloza*** este importantă pentru sănătatea copiilor. Experimental s-a dovedit că păsările sau animalele care primeau o hrană conţinând toate principiile alimentare de bază (proteine, glucide, grăsimi) şi accesoriile necesare (săruri minerale, vitamine, lichide) prezentau deficienţe mari în creştere. Simplul adaos de celuloză fin divizată determină restabilirea curbei ponderale şi revenirea la un aspect normal al păsărilor sau animalelor de experienţă.

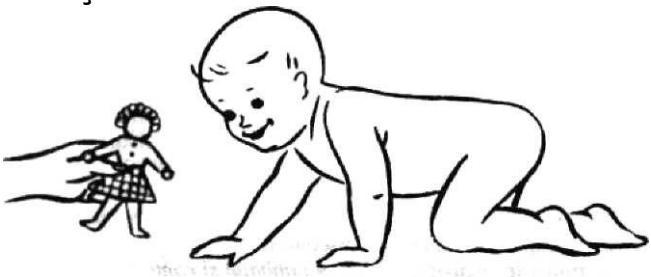


Fig. ***3.17*** – La 8 luni unii sugari încep să meargă în patru labe. Celuloza şi alte materii

similare poartă numele de „substanţe de lest” sau mai recent de „fibre vegetale”, constituind o componentă obligatorie într-o alimentaţie corectă. Celuloza îndeplineşte şi alte funcţii în digestie. Printre altele constituie un mijloc eficient împotriva constipaţiei.

În ultimul trimestru al primului an de viaţă, oul şi carnea sunt principalii furnizori de fier, care contribuie la formarea globulelor roşii, aşa că sugarii, care nu le primesc din diferite motive, devin anemici.

Fructele, zarzavaturile şi cerealele conţin fier în cantitate mică.

Revenim cu recomandarea de a nu se uita că în primul an de viaţă, alimentul care corespunde nevoilor biologice (digestie, metabolism, excreţie, creştere) este laptele, care trebuie să rămână permanent şi predominant în meniul zilnic al sugarului. Cel puţin două mese (dimineaţa şi seara) trebuie să fie de lapte (complet, cu sau fără adaosuri). Numai la recomandarea medicului se poate renunţa la mesele de lapte.

Dezvoltarea fizică şi psihomotorie

Greutatea. Sugarul creşte cu 400 – 500 g. Greutatea medie este la băieţi de 8.000 – 8.500 g, iar la fete 7.8008.000 g. Lungimea medie: băieţi = 69 cm, fete = 67 cm. Perimetrul cranian = 43 – 44 cm.

Motricitatea generală, a) ***Culcat pe spate,*** sugarul nu mai rămâne în această poziţie, ci se întoarce pe ambele părţi şi se poate rostogoli.

b) ***Aşezat pe burtă,*** îşi controlează bine capul, îşi întinde bine braţele, trunchiul şi

membrele inferioare. Din poziţia „pe burtă”, sugarul trece în poziţia de „mers în patru labe” (fig. 3.17), la început încă nesigur înaintând numai „de-a buşilea”. Unii se învârtesc încă în jurul propriului ax, iar alţii se deplasează de-a-ndărătelea.

De subliniat că unii sugari sar peste etapele mersului udea buşilea” şi în "patru labe”, învăţând să se ridice direct în picioare în jurul vârstei de 1 an!

c) ***Poziţia şezând.*** Sugarul se ţine bine pe şezut, fără niciun sprijin, dar nu poate încă să treacă din poziţia culcat în aceea de aşezat; nu va reuşi această performanţă între 8 şi 10 luni.

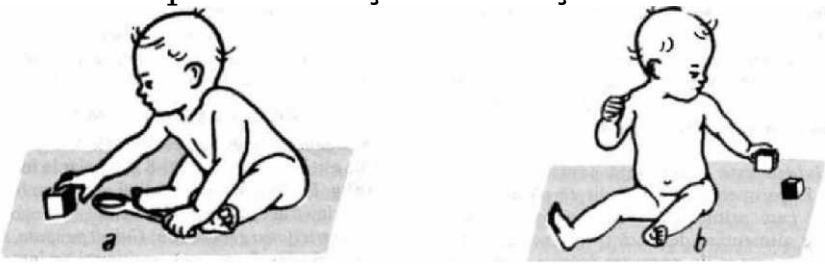


Fig. ***3A8*** – ***a,*** b Cei mai mulţi sugari stau la această vârstă foarte sigur în şezut şi se întorc în toate părţile pentru a apuca diferite obiecte.

Puteţi săi procuraţi un scaun înalt, pe care îl fixaţi cu un prosop trecut ca o chingă în jurul corpului pentru al susţine. Instalaţi-l, de asemenea, într-un fotoliu mare; el va fi încântat de această favoare şi va putea să asiste la activităţile familiei. Când este aşezat pe un plan perfect orizontal (masă de înfăşat, podea, ţarc), el ţine spatele drept şi are un control bun al trunchiului şi capului. Se mişcă în jurul axului propriu. Mişcările sunt bine coordonate. d) ***Ridicarea în***

picioare. Numai o mică parte din sugari apucă de gratiile patului şi se ridică singuri în picioare, în schimb, la această vârstă, sugarul normal se prinde de mâinile mamei şi se ridică în picioare, apoi stă în această poziţie, cu uşoară balansare, ţinând degetele de la picioare îndoite ca şi când ar vrea să apuce cearşaful. Deoarece în această poziţie nu are un echilibru stabil, mama îl apucă de axile şi atunci sugarul păşeşte, nesigur, cu bază mare de susţinere, uneori deplasând înainte acelaşi picior. Reflexul de apucare al tălpilor se menţine.

Motricitatea fină. Apucarea. Apucă cu tot mai multă uşurinţă: „se năpusteşte" cu mâna cu mai multă precizie asupra unui obiect dorit şi îl prinde între palmă şi degetul mare (mai rar cel mic). Un nou progres important: apucă obiectul cu degetele, îl trece dintr-o mână în alta şi-l „cuprinde" cu privirea! Când apucă un cub, îl ţine în aşa fel încât mai poate apuca unul (apucă două cuburi într-o mână!). Se întinde să apuce toate jucăriile din jurul lui. Le urmăreşte cu privirea dacă au căzut. Dă drumul intenţionat la obiecte. Se joacă la masă cu obiecte de diferite dimensiuni şi încearcă să constate ce se întâmplă dacă le mişcă sau le aruncă. Dacă aruncă un obiect pe duşumea şi mama îl ridică, repetă operaţiunea de atâtea ori până când mama renunţă la joc. Din orice poziţie stabilă (culcat pe spate sau pe burtă, şezând) întinde mâna pentru aruncarea obiectelor, încearcă să ajungă la obiecte în afara sferei lui de acţiune. Mâinile sunt „deschise" şi degetele pregătite pentru activitatea motorie mai fină.

Mâinile se întâlnesc pe linia mediană; se joacă cu mâinile şi picioarele. Pipăie şi atinge obiecte; învaţă să cunoască diferite materiale, să deosebească suprafeţe plăcute şi dezagreabile, faţă de care reacţionează prin plăcere sau disconfort.

Limbajul şi contactul social a) ***Limbajul.*** Pronunţă primele bisilabe, ca: „tata”, „dada”, „mama”, „papa”. Imită propriile sunete emise şi pe cele pe care le aude. „Povesteşte” mult şi cu plăcere. La aceste silabisiţi se amestecă accente de triumf, nerăbdare sau chiar de mânie. Primul cuvânt „cu adresă” nu este departe. Bate din palme şi/sau se joacă dea „cucubau”. b) ***Contactul social.*** Se amplifică contactul cu mediul înconjurător prin intermediul: privirii, zâmbetului, emiterii de sunete cu coloratură afectivă.

Comportamentul emoţional. Sugarul îşi alege persoana cu care vrea să comunice. Mama nu mai este singura persoană de referinţă. Reacţionează la interdicţii sau la aprecieri afirmative, încearcă să provoace situaţii pe care le doreşte, prin manevre tactice abile. Descoperă slăbiciunile părinţilor. Este curios şi îi face plăcere să facă descoperiri. Este fericit când i se oferă o mână de ajutor în realizarea dorinţelor.

@

Teama de persoane străine.

În această lună se menţin reacţiile de negativism faţă de străini. Nu este admis de toţi pediatrii şi psihologii dacă această reacţie reprezintă o anumită etapă în procesul de

dezvoltare psihică sau dacă nu este o particularitate a unora din copii.

Părinţii observă că sugarul devine rezervat, suspicios, timid cu străinii; le priveşte faţa, apoi se uită la ai săi ca şi când ar vrea să se asigure că feţele familiare lui sunt prezente. Dacă un străin vrea să se apropie prea mult de copil acesta se sperie, întoarce capul, se ghemuieşte în braţele mamei sau ale tatălui. Părinţii observă că în aceste luni sugarul acceptă cu greu feţele severe, triste şi mai ales persoanele zgomotoase. Nu trebuie dus la petreceri cu persoane multe; vederea de feţe noi poate fi cauză de nelinişte. Teama de persoane străine se manifestă mai zgomotos când se combină cu împrejurări în care mama absentează (este lăsat singur într-o cameră cu o persoană complet străină sau mama dispare într-un magazin şi un străin se apropie de căruciorul lui şi-i vorbeşte). Se pare că sugarul nu este şocat de persoana străină în sine, ci de ceea ce aceasta face. Astfel, va zâmbi şi „vorbi” cu un străin atâta timp cât acesta păstrează distanţa cuvenită[5]; dacă îl atinge, protestează. Această reacţie este pe deplin justificată. *Şi* un adult ar fi şocat dacă un străin i-ar sări de gât! Înainte de a accepta dovezi de simpatie de ordin fizic, dorim să cunoaştem cât de cât o persoană.

Dacă este lăsat să privească feţe străine – peste umărul mamei – în autobuz sau pe stradă;

---

5 Se acceptă existenţa unui „perimetru tabu” cu raza de aproximativ 80 cm, în care sunt lăsate să pătrundă doar persoanele apropiate.

dacă-i se dă prilejul să se joace „cucu” pe lângă fusta mamei; dacă-i se permite să se apropie singur de persoane străine care-l atrag (curiozitatea fiind mai tare decât teama), copilul va ajunge să se împrietenească mai uşor cu străinii. Astfel se exersează contactul social, util pentru copilul mic, care va deveni încrezător şi va manifesta interes pentru „feţe noi”.

Auzul şi localizarea sunetelor. Ascultă zgomote şi se întoarce spre sursa sonoră. La zgomote neplăcute reacţionează cu disconfort.

Vederea şi mişcarea globilor oculari. Coordonarea mişcărilor globilor oculari este bună. Urmăreşte în toate planurile. Majoritatea nu se mai uită „cruciş”.

Cum poate percepe timpul? Este dificil să pricepem cum copilul prinde noţiunea de timp, dar este foarte probabil că o realizează prin derularea celor 24 de ore, prin alternanţa zi-noapte, veghe-somn, zgomot-tăcere, foame-saţietate, activitate-repaus; se creează modele de ritmuri percepute atât prin senzaţii interioare, cât şi prin excitaţii exterioare. Astfel, de îndată ce a trecut de şase-şapte luni, copilul „simte” că dimineaţa sau seara este „ora” mesei, a plimbării sau a reîntoarcerii tatălui său. Timpul copilului se construieşte cu atât mai bine cu cât mama ştie să se adapteze ritmului său interior (de exemplu, dorinţa de hrană) la orarul său exterior (venirea mesei) şi că această coincidenţă este fericită.

Cum se construieşte spaţiul? Pentru copil spaţiul pare să se elaboreze pornind de la senzaţia şi perceperea corpului, care permit să separe ceea

ce este el de ceea ce nu este el; mai întâi mama lui, apoi celelalte fiinţe apropiate, obiectele, pătuţul, camera. Şi la acest punct mama este cea care, prin prezenţa ei, îi dă copilului nu numai limitele personale, dar îl învaţă să cunoască şi lumea. Spaţiul copilului se construieşte în raport cu mama pe care o vede şi o aude cum se deplasează, îi vede faţa de aproape şi de departe, îi aude vocea îndepărtată şi apropiată, o pierde şi o regăseşte mereu, în timp ce este plimbat cu căruciorul descoperă animalele, străzile, automobilele, casele. Puneţi-i la îndemână jucării, obiecte mici pe care el le apucă, le pierde, le regăseşte împreună cu dvs. Şi astfel puţin câte puţin îşi dă seama de contururile, de consistenţa (tare moale), de greutatea (greu-uşor), apoi de culoarea lor şi, în câteva luni, va putea să le dea un nume.

Mama nu trebuie să creadă că are un rol de „învăţătoare”. Cunoaşterea de sine, a lumii însufleţite şi neînsufleţite va surveni la copil pentru că mama l-a hrănit, l-a mângâiat, l-a schimbat, i-a vorbit şi s-a jucat cu el. Această cunoaştere trece pe căi foarte profunde, mult mai apropiate de instinct decât de raţiune.

Supraveghere şi îngrijiri

Scaunele. Din cauza maturării sale şi a alimentaţiei mai variate, scaunele sugarului sunt mai bine formate, mai rare (1 – 2 pe zi) şi survin la ore aproape regulate. În plus, el începe să devină conştient de momentul în care intestinul său funcţionează: încetează să se joace, se

„concentrează”, se face roşu la faţă, se screme, se contractă, apoi se uşurează. Uneori, scoate un chiot când a avut un scaun. Cei din jur cred că „nu-i place să fie murdar”; este numai felul său de aşi anunţa mama că pentru el s-a produs acest mic eveniment. Va fi schimbat, dar fără grabă. Voind cu orice preţ să i se înlăture scutecul sau chiloţii murdari, i se va da impresia că a avea un scaun este o treabă care o dezgustă pe mama sa. Cuvântul românesc „dezmierdare” are la origine cuvântul latinesc care însemna ştergerea copilului de materiile fecale („merda”). Departe de a-i favoriza educaţia curăţeniei, mama nu va face decât să i-o întârzie. La sugarii la care se folosesc chiloţii absorbanţi („Pampers”) nu se constată astfel de reacţii.

Somnul. În condiţiile unui progres normal, sugarul se culcă în jur de ora 20 şi se scoală după 10 – 12 ore. În cursul zilei mai doarme o dată la prânz, timp de 1 ½ – 2 ore, eventual şi în cursul după amiezii.

După masa de seară, copilul va fi pregătit de culcare. Nu suntem de părere ca după masă familia să înceapă să se joace cu copilul mai mic de 3 ani. Jocurile agitate, excesul de impresii duc la tulburări de somn.

Revenim cu indicaţia ca tatăl să fie prezent în familie în timpul îmbăierii, mesei de seară şi al culcării. Copilul trebuie să simtă zilnic comunitatea mamă-copil-tată.

Încălţămintea. Înainte de 11 – 12 luni copilul nu are nevoie de încălţăminte, care nu este utilă nici pentru sprijinul picioarelor şi nici pentru

învăţarea mersului. Dacă umblă mereu pe o suprafaţă plană caldă, fără asperităţi, nu are nevoie deloc de încălţăminte.

Legănatul (mişcări de calmare?). La unii sugari se întâlneşte obiceiul de a se legăna sau de aşi lovi capul de pereţii patului. Este una din mişcările ritmice („mişcările calmante”), care se observă la mulţi copii înainte de a adormi, când sunt obosiţi sau când se plictisesc.

Pentru înlăturarea cauzei, părinţii vor verifica dacă sugarul sau copilul mic are o ocupaţie suficient de interesantă în cursul zilei, dacă-i s-a satisfăcut nevoia de „societate”, de mişcare şi dacă este suficient de obosit.

S-au observat aceste manifestări la sugari care au fost ţinuţi multă vreme în coş, în paturi cu margini fără vizibilitate, făcute din scânduri compacte (carenţă de spaţiu), ca şi la cei care stau multă vreme în casă (carenţă de mişcare), sunt lăsaţi singuri (carenţă de „societate” şi de dragoste), sau în familie există o stare de anxietate, supraîngrijire a copilului. Scoaterea copilului cât mai mult afară, o plimbare mai prelungită înainte de masa şi culcarea de seară, jocuri liniştite, îmbăierea zilnică şi o atmosferă de calm în familie sunt unele dintre remediile recomandate. Dacă mama are talent, îl linişteşte şi-l adoarme printr-un cântec.

Dacă sugarul va continua să-şi lovească capul de pereţii patului, se vor confecţiona perniţe de protecţie, pentru a evita apariţia vânătăilor şi rănirile.

3.8. De la 8 la 9 luni

Şi în această lună se observă o serie de schimbări la sugar. Devine mai activ, se târăşte în toate părţile, încearcă să se agaţe de marginile patului sau ţarcului îi cercetează lumea din jur. Orizontul lui să lărgit mult. Învaţă să mestece alimentele. Toate acestea modifică unele dintre obiceiurile sugarului. Uneori este neliniştit şi nerăbdător fără motiv. S-ar putea să dorească să facă un lucru pentru care nu este încă apt. De exemplu, încearcă să stea în picioare, să-şi folosească mâinile într-un scop anumit sau să pronunţe „cuvinte noi”. Dacă reuşeşte, în câteva zile se va linişti. La deschiderea uşii face semne că vrea să fie dus afară. Recunoaşte pregătiri ce se fac pentru plimbare şi se bucură zgomotos.

Alimentaţia

Laptele rămâne alimentul de bază în meniul zilnic. La oraşe se folosesc preparate de lapte praf: lăpturi parţial adaptate sau de continuare folosite în luna anterioară sau lapte praf „clasic” cu 26% grăsimi.

Dimineaţa se va da laptele fără adaosuri, iar seara se vor încerca lăpturile cu adaosuri („Brei”) care sunt fie cereale, fie fructe, fie zarzavaturi (vezi tabelul 3.2, pag. 126).

Laptele de vacă se dă integral; în caz că se introduce de abia acum, la început se va da diluat (3/4 lapte şi 1/4 apă). Reamintim că laptele de vacă se dă în mod obişnuit cu adaosuri. Într-o cratiţă se pune o cantitate mică de apă rece, la care se adaugă făină de cereale instant şi se

amestecă bine având grijă să nu se formeze cocoloaşe, se adaugă laptele integral (sau diluat cu 1/4 apă) şi se pune totul la fiert la un foc moale. Spre sfârşitul fierberii se adaugă zahărul (10 linguriţe rase la 1.000 ml). După răcire se amestecă uleiul cu un tel sau o linguriţă timp de o jumătate de minut pentru că acizii graşi esenţiali să fie mai bine folosiţi. Uleiul nu se fierbe. Amestecul realizat se porţionează în biberoane curate şi se păstrează într-un frigider, dacă este posibil într-o baie cu cuburi de gheaţă.

La sugarii constipaţi zahărul se poate înlocui cu lactoză.

Masa de la ora 10 nu mai este necesară la majoritatea sugarilor după vârsta de 8 – 9 luni. La cei care doresc se vor da alimente mai puţin bogate în calorii (fructe, sucuri).

La masa de prânz se dă pireu de zarzavat, în general de cartofi şi/sau morcovi. Pireul va fi îmbogăţit cu unt sau ulei de floarea-soarelui. Se încearcă să se dea pireu sfărâmat cu furculiţa. Este absolut necesar ca la această masă să se dea proteine de origine animală (altele decât laptele), cum sunt: carnea de mânzat sau viţel (carnea roşie are mai mult fier), ficatul (pasăre, viţel), peştele slab, creierul, gălbenuşul de ou. La sfârşit se va da zeamă de compot, de fructe sau apă fiartă şi răcită.

La gustarea de după-amiază se pot da mere rase, banane cu sau fără biscuiţi şi eventual, cu brânză de vaci, iaurt sau chiar un biberon de lapte.

Seara se dă lapte cu adaos de făină de

cereale, de fructe sau de legume. În loc de cereale se încearcă grişul, fulgi de porumb, de ovăz sau de tapioca. La sugarii care refuză laptele se va încerca o budincă sau papanaşi fierţi cu brânză de vaci. Se poate completa cu fructe proaspete sau chiar din compot (sfărâmate şi omogenizate).

Va fi lăsat să ia micul dejun şi gustarea cu biberonul pe genunchii mamei sau plasat într-un scaun înalt.

Străduiţi-vă ca din timp să-i daţi să mănânce la un loc cu ceilalţi fraţi. Va mânca mai bine şi va trece mai repede la alimente noi, mai consistente. Puteţi să lăsaţi să ducă pireul la gură cu degetele, să-i daţi să bea din ceaşcă, să-i daţi o bucată mică de pâine, de măr, un biscuit pe care să le morfolească singur. Fiţi foarte atentă pentru că s-ar putea să se sufoce cu o bucată mai mare. Hrana luată singur îl va face mai „binevoitor" cu alimentele şi îi va permite mai curând să mestece şi să se hrănească singur. Foarte des, înaintea unui aliment nou prin aspectul, culoarea sau consistenţa sa, sugarul mare întoarce capul şi zice „nu, nu, nu". Nu credeţi că nu-i place; este numai un mod de a-şi exprima mirarea. Nu-l dojeniţi şi, în niciun caz, nu-l forţaţi!

Dezvoltarea fizică şi psihomotorie

Creşterea în greutate este tot mai înceată. Între 8 şi 12 luni creşterea săptămânală este de 60 – 85 g, rezultând o medie lunară de 250 – 300 g. Este suficientă o cântărire bilunară sau chiar lunară. Cântarele noastre pentru sugari înregistrează greutatea până la maximum 9 kg. Curba greutăţii sugarului nu se potriveşte

totdeauna cu curba din diagramele cu creştere medie a „sugarului normal”. O cifră cu câteva sute de grame mai puţin decât „cifra normală”, la un sugar mare, nu trebuie categorisită ca „distrofic” sau „malnutriţie”. Greutatea sugarului este un parametru care trebuie apreciat în contextul altor criterii de apreciere a stării de sănătate: lungime, îmbolnăviri, dezvoltarea psihomotorie, contact social, comportament emoţional etc.

Creşterea în lungime între 6 şi 12 luni este de 610 cm. Măsurarea lungimii sugarului se va face şi cu ajutorul medicului sau asistentei de ocrotire, deoarece imobilizarea şi întinderea sugarului pe o masă ca şi utilizarea panglicii metrice implică de multe ori erori de tehnică şi interpretare.

Sugarii cu greutate prea mare. Unii sugari au tendinţa de a se îngrăşa excesiv, cu mult peste „media” scrisă în diferite cărţi. Nu se poate vorbi despre obezitate dacă un sugar este rotunjor, dar cu lungime mai mare, cu „tonus” muscular bun, armonic conformat. Cei mai mulţi arată aşa în primul an de viaţă; apoi „slăbesc” şi se lungesc când încep să se mişte mai mult. Greutatea sugarului nu depinde numai de vârstă, ci şi de tipul constituţional, de lungime şi de alimentaţie (cantitate, calitate). Ca şi adultul, şi copilul mai mare, sugarul nu trebuie să fie prea gras. Grăsimea nu conferă o stare de sănătate mai bună; dimpotrivă, sugarii graşi, păstoşi se îmbolnăvesc mai uşor, au o rezistenţă mai scăzută la infecţii şi fac forme mai grave de boli.

Cei mai mulţi oameni (adulţi şi copii) au un plus de greutate pentru că mănâncă mai mult

decât necesită organismul. Dacă toţi membrii unei familii sunt obezi, aceasta se datorează de cele mai multe ori unor obiceiuri culinare greşite, unui aport excesiv de calorii. Dacă un sugar are un plus de greutate, medicul este singurul care decide dacă trebuie să slăbească puţin, dând indicaţii amănunţite de regim. Mama nu va pune un copil la „cură” de slăbire din proprie iniţiativă. La astfel de sugari se vor evita făinoasele, dulciurile, untul, sarea. Gustările vor fi constituite din fructe.

Motricitatea generală. În această lună, sugarul poate umbla „în patru labe”, stă în şezut, se culcă singur şi se ridică fără dificultate. Uneori reuşeşte să se ridice în picioare dacă se poate apuca de ceva, de exemplu de gratiile patului. Nu reuşeşte însă să stea în picioare nesprijinit; dacă şi dă drumul de mânuţe cade. În mod obişnuit, trebuie să se ţină bine cu ambele mâini pentru a-şi menţine echilibrul. Unii copii, după ce stau puţin în picioare, încep să plângă. Aceştia au învăţat să se ridice, dar nu ştiu încă să se aşeze singuri. Dacă sunt ajutaţi să se aşeze, sunt mulţumiţi, apoi încep jocul de la capăt.

Motricitatea fină. Copilul învaţă mişcarea de opoziţie a policelui (degetului mare). Reuşeşte astfel să apuce obiectele între police şi celelalte degete. Această achiziţie este la baza multor acţiuni.

Toată familia va deveni ordonată în această perioadă, îndepărtând din jurul copilului toate obiectele mici (nasturi, bile, bomboane), pe care le-ar putea introduce în gură, riscând să se „înece” (să se sufoce).

Pentru a atinge unele obiecte, poate folosi degetul arătător; curând va învăţa să arate cu el ceva. Capacitatea de a folosi separat degetele şi de a armoniza mişcările lor reprezintă un progres apreciabil faţă de perioada în care îşi mişcă pumnii strânşi, fără niciun scop. Din orice poziţie se află în echilibru, întinde mâna pentru a apuca obiecte, inclusiv în afara sferei lui de acţiune. Priveşte obiectele pe care le are în mână. Se joacă cu mâinile, picioarele şi întregul său corp.

Limbajul. Ca şi în luna precedentă pronunţă „mama” şi bisilabe şi imită sunete pe care le aude sau le pronunţă şi singur. Începe să vorbească şoptit, îşi modulează vocea. În general, însă, vorbirea la această vârstă este fără adresă.

Contactul social şi comportamentul emoţional. Sugarul zâmbeşte şi priveşte prietenos. Înţelege întrebări simple: „unde este mama?” şi priveşte în direcţia respectivă. Străinii sunt priviţi cu rezervă. Orice intervenţie în dorinţele lui declanşează proteste. Nu-i place să fie atins de unele persoane străine. Îşi exprimă dorinţele clar şi categoric. Reacţionează la interdicţii („nu!”) şi aprobări („da!”). Şi-a stabilit tactica proprie şi a învăţat să descopere punctele slabe ale adulţilor.

Supraveghere şi îngrijiri

Somnul devine tot mai bine organizat. Normal, somnul nocturn durează 10 – 12 ore fără întrerupere. Sugarul nu se mai trezeşte mai devreme decât restul familiei. Adoarme relativ repede, dar uneori se dezveleşte imediat după ce a adormit. Va fi îmbrăcat cu o pijama cu botoşei. La această vârstă se mişcă mult în pat, astfel încât se

poate încurca în pături şi cearşafuri. De aceea nu i se va pune decât un singur cearşaf pe dedesubt (cearşafurile-husă sunt cele mai practice pentru că rămân întinse tot timpul) şi va fi acoperit cu o singură pătură.

La trezirea din somn, sugarul este vesel şi activ. Când se trezeşte, mama îl ia în braţe, îi vorbeşte, îi arată cât este de mulţumită că la regăsit, apoi îl schimbă şi-i dă să mănânce. Aceste „reîntâlniri" matinale vesele, la trezirea sugarului mare şi copilului mic reprezintă un mod sigur de a evita dificultăţile de a adormi, care pot surveni mai târziu; dacă este asigurat că la trezire îşi vede mama, nu-i va mai fi teamă. În timpul zilei, perioadele de somn devin mai scurte. Unii copii mai dorm de 3 ori în cursul zilei, alţii o singură dată, dar mai prelungit.

Probleme de profilaxie, a) La 9 luni vitamina D se poate administra pe gură (200.000 u. i.). La cei care primesc vitamina D în administrări zilnice, se continuă profilaxia, dozele fiind fixate de medic, b) La noi în ţară, se obişnuieşte ca între 9 luni şi 15 luni să se administreze vaccinul antirujeolic, în timp ce în alte ţări, vaccinul antirujeolic (simplu sau asociat cu cel antirubeolic şi antioreion) se administrează la 14 luni. Uneori, între a 6-a zi şi a 9-a zi de la vaccinare copilul poate prezenta reacţie vaccinală: febră, agitaţie, „guturai", chiar o erupţie asemănătoare celei din rujeolă. Se va combate febra şi agitaţia. Reacţia dispare în 1 – 5 zile.

3.9. De la 9 la 10 luni

De la această vârstă sugarul cu un sistem nervos normal şi cu o îngrijire corespunzătoare se manifestă zilnic cu ceva nou. Încearcă să păşească sprijinindu-se de ceva. Va mai trece însă un timp până va merge singur (către vârsta de un an). Dezvoltarea firească nu trebuie forţată. Dacă i se asigură îngrijirea cea mai bună a corpului, dacă este alimentat corect, dacă se bucură de plimbări în aer liber şi jucării corespunzătoare, dar mai ales de dragoste, atenţie şi calm din partea părinţilor, un sugar născut sănătos şi fără îmbolnăviri grave va avea o evoluţie normală. Nu-l comparaţi cu alţi sugari, nu-l socotiţi anormal dacă el nu a realizat toate „posibilităţile" vârstei, nu deveniţi anxioşi la insuccesele lui, nul supra îngrijiţi. Cei care au băieţi nu vor uita că fetele sunt mai precoce.

La un copil interesează mai mult sănătatea şi mulţumirea lui, dezvoltarea aptitudinilor în mod spontan, decât momentul când a învăţat să meargă sau să ceară oliţa.

Alimentaţia

Spre sfârşitul primului an de viaţă, multor sugari nu le mai place laptele. Nu se va insista şi mai ales nu va fi forţat să-l bea. Se va încerca, dacă preferă, laptele cu cereale (făină, fulgi), cacao (dimineaţa) sau sub formă de budinci, brânză sau lapte acidifiat cu suc de lămâie, iaurt. S-ar putea să fie numai o repulsie trecătoare, care dispare de la sine după câtva timp. De asemenea, există copii care refuză să primească şi în această lună, alimentaţia din ceaşcă sau pahar. După câteva încercări nereuşite se renunţă şi se reia

tentativa după 1 – 2 săptămâni. În prima perioadă, copilul va „pierde pe drum”, vărsând o mare parte din alimentul pus în pahar. Este o parte din procesul de învăţare. Se poate evita vărsarea unei cantităţi prea mari de lapte, turnând în pahar o cantitate mică. Cei mai mulţi primesc laptele numai din biberon.

TABELUL 3.4
SUGESTII PENTRU ALIMENTAŢIA SUGARULUI ÎNTRE 9 ŞI 12 LUNI[6]

Între 9 şi 10 luni	Între 9 şi 12 luni se trece la lapte de vacă integral sau lapte praf cu 28% grăsimi (34% reconstituit). Unele familii preferă încă laptele de continuare (notat cu cifra 2; recent s-a lansat şi Milumil 3) sau Formula cu adaosuri (Similac-gain) sau lapte cu cereale (vezi tabelele 3.2 şi 3.3) Se continuă cu vitamina D - picături şi cu fluor — Între mese se poate da suc de fructe sau — apă cât şi când vrea 4 mese	*dimineaţa:* — fie un biberon cu 240 ml lapte de continuare — fie lapte de vacă integral cu 5% zahăr şi 3% cereale — fie lapte de continuare (denumit de francezi „de a 2-a vârstă”) — se poate adăuga o cantitate mică de fainã de cereale „instant” de 2 – 3 ori pe săptămână, în mod

6 Vezi tabelele 2.1, 2.2 pag. 115, 3.2 pag. 126 şi 3.3 pag. 127

		facultativ *10:* nimic sau cel mult suc de fructe *la prânz:* — pireu de legume variate sau de cartofi, sau paste făinoase fine — carne de mânzat sau de pasăre sau peşte slab sau ficat sau creier sau ou — compot de fructe sfărâmate *gustare:* — banană sau mere rase — sau un biberon de lapte — sau un iaurt cu sau fără biscuiţi

		— o prăjitură de casă (cremă, budincă, chec etc.) *— brânză de vaci cu fructe strivite* *seara:* *— un biberon de lapte simplu sau cu făină de cereale* *— sau iaurt cu biscuiţi* *— sau brânză de vaci cu biscuiţi şi cu fructe strivite*
Între 10 şi 11 luni	Ca între 9 şi 10 luni	

Între 11 şi 12 luni	Se trece, în mare parte la meniul familiei, având grijă ca în meniu să fie prezente: — lapte şi/sau derivate de lapte — carne — fructe şi zarzavaturi	*dimineaţă:* *— lapte şi tartină cu unt şi ceva dulce* *— sau iaurt, biscuiţi cu gem* *— sau lapte cu cacao sau cu fulgi de cereale prânz:* *— pireu de cartofi sau de diferite zarzavaturi* *— sau morcovi sau sfeclă sau salată de tomate* *— carne (vită, pasăre, miel) sau peşte slab* *— sau omletă* *— sau paste făinoase fine, orez, mămăliguţă, ciulama* *— brânză de vaci, brânză topită* *— sau unt cu mămăliguţă gustare:* *— brânză (de vaci, sau topită)* *— lapte + adaosuri*

		— fructe strivite cu biscuiţi sau brânză *— prăjitură de casă seara:* *— fie un biberon de lapte (simplu sau cu adaosuri)* *— fie legume fierte şi strivite cu brânză „albă”.* *— fie un ou (fiert tare, moale sau „ochi”) cu legume proaspete (tomate) sau fierte* *— fie un „Brei” (lapte plus pulbere de cereale), fructe sau zarzavaturi* *Mulţi copii la vârsta de un an se „servesc” din meniul adulţilor*

Majoritatea sugarilor preferă în continuare biberonul, chiar pentru alimente pasate.

Practic, regimul alimentar este identic cu cel de la 9 luni.

Dezvoltarea psihomotorie

Motricitatea generală: a) Culcat pe spate sau

pe burtă, sugarul se întoarce pe o parte sau pe alta, se rostogoleşte, se poate ridica în şezut şi uneori o „porneşte” în patru labe.

b) *Statul în şezut*. Cu timpul a ajuns ca în această poziţie să stea liber, cu echilibru bun; se sprijină în faţă, lateral şi în spate cu uşurinţă. Se deplasează şezând înainte şi în jurul axului corpului.

c) *Ridicarea în picioare*. Cei mai mulţi se ridică ţinându-se de obiecte; puţini reuşesc să se ridice şi singuri (uneori). După ce sugarul să ridicat şi se sprijină, stă destul de stabil şi se deplasează lateral de-a lungul unor mobile (fig. 3.19) sau ţinându-se de marginea patului (fig. 3.20).

Fig. *3.19* – în luna a 9-a sugarul se poate ridica în picioare, apucându-se de gratiile patului.

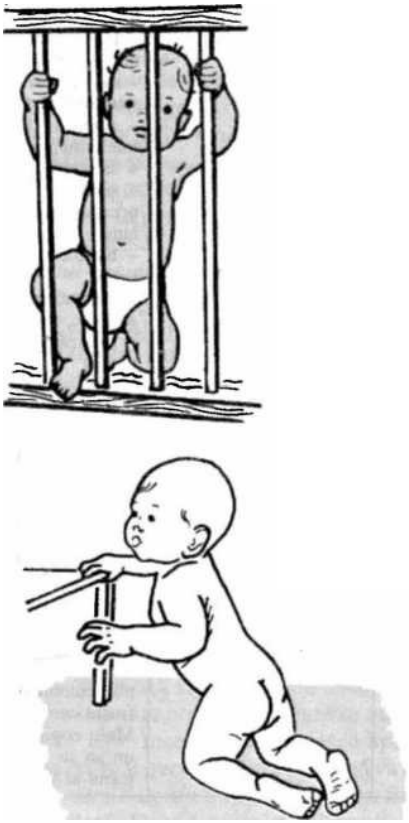


Fig. *3.20* – La 10 luni se ridică în picioare şi poate păşi ţinându-se de diferite mobile.

Motricitatea fină. Capacitatea de a opune degetul mare degetului arătător este una dintre marile cuceriri ale omului care permite folosirea mâinilor la operaţiuni fine (scris, meşteşuguri etc.). Dobândirea acestei capacităţi are loc între a IX-a şi a XI-a lună. De la 6 luni (când mişcările mânuţelor erau atât de neajutorate când voia să apuce un obiect mic) până la 10 luni (când, cu o mişcare graţioasă, reuşeşte să ridice între degetul mare şi arătător o firimitură de pâine) a intervenit un progres uriaş în coordonarea nervoasă (fig. 3.21).

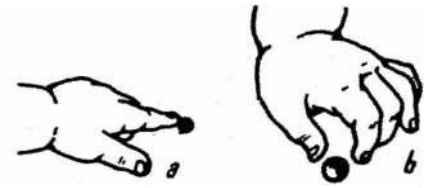


Fig. *3.21* – a, Sugarul apucă la 10 – 11 luni obiecte foarte mici între degetul mare şi arătător, ca într-o pensă.

Alte progrese ale dezvoltării motorii. În general, copilul va practica şi îşi va desăvârşi achiziţiile din luna precedentă. Nu se înregistrează progrese remarcabile, în ceea ce priveşte mersul sprijinit, nu există o regulă generală: unii reuşesc destul de bine, în timp ce alţii (mai puţini, este adevărat) nici nu încearcă!

Limbajul. Unii copii continuă să-şi lărgească „vocabularul” cu alte cuvinte bisilabice, alţii nu se grăbesc deloc să vorbească. Cuvintele sunt fără adresă.

Supraveghere şi îngrijiri

Picioarele în „O”. Majoritatea sugarilor au la această vârstă o astfel de deformare a membrelor inferioare, până când musculatura se dezvoltă mai bine. Dacă această curbură este mai accentuată, se va aviza medicul, care stabileşte dacă nu este vorba de o manifestare de rahitism.

Somnul. Începând cu această vârstă, cei mai mulţi sugari încep să îndrăgească, mai devreme sau mai târziu, o anumită jucărie sau o bucată de ţesătură colorată, pe care ţin se ia cu ei în pat şi să adoarmă cu ea. Cârpa sau/şi jucăria par să reprezinte o deosebită sursă de satisfacţie, de

calm şi de securitate, judecând după reacţia nefericită a copiilor când li se ia obiectul adorat. Unele mame sunt neliniştite când copilul lor acordă atâta importanţă unui obiect neînsemnat. Obiceiul se întâlneşte atât de des la copii sănătoşi, echilibraţi, calmi, încât poate fi apreciat ca ceva perfect normal.

Fig. *3.22* – Sugarul doarme cu jucăria preferată.

„Jocul" cu organele genitale. Copilul atinge organele genitale şi se joacă uneori cu ele („le manipulează"), aşa cum îşi pipăie, de exemplu, degetele şi urechile. Sunt părţi ale corpului său şi vrea să le cunoască. Copilul are faţă de corpul său aceeaşi curiozitate pe care o manifestă faţă de jucării şi de întregul mediu înconjurător. Băieţii, în special, au o preferinţă deosebită pentru organele genitale. Acest joc nu are nicio importanţă şi nu duce în niciun caz la masturbare. Cu cât părinţii îi acordă importanţă mai mică, cu atât va fi mai bine. Copilul nu trebuie certat, căci i s-ar stimula şi mai mult interesul pentru aceste manevre. Dificultăţile apar numai atunci când, prin comportamentul părinţilor, copilul capătă impresia că face un lucru interzis.

Formarea deprinderii de a fi curat. Oliţa. Momentul potrivit pentru obişnuirea copilului la

oliţă este foarte controversat. Mamele încearcă foarte devreme să-l deprindă pe sugar să „facă” la oliţă (de foarte multe ori din luna a 8-a). Este necesar să fie cunoscute funcţiile copilului. Or, controlul sfincterului anal se instalează după 1 ½ ani, iar cel al vezicii urinare şi mai târziu (vezi capitolul următor). Pe de altă parte este greu pentru mame şi chiar pentru noi, pediatrii, să nu încercăm să obişnuim pe copil să-şi stăpânească muşchii ce intervin în acest act fiziologic.

Aşa cum să amintit mai sus, sugarul are scaunele la aproximativ aceleaşi ore. După ce mama sesizează care sunt aceste ore, va pune sugarul pe oliţă şi va pronunţa în acelaşi timp câteva sunete, mereu aceleaşi. Concomitent, va deschide un robinet de apă. Senzaţia de rece şi de apăsare a marginii oliţei, poziţia de stat „pe vine”, sunetele din jurul lui contribuie adesea să-l obişnuiască pe copil să „facă pe oliţă” (fig. 3.23).

Fig. *3.23* – La 10 luni se poate începe desprinderea sugarului de a face la oliţă.

Se va procura o oliţă din material plastic şi un dispozitiv suplimentar („scăunel”) cu ajutorul căruia se fixează oliţa. Nu este bine ca sugarul să fie lăsat mult timp (peste 10 minute) pe oliţă,

deoarece se poate ajunge la prolaps rectal (ieşirea în afară a mucoasei din porţiunea terminală a intestinului gros), mai ales la copiii cu diarei repetate şi/sau prelungite. Este important ca sugarul să nu fie certat dacă strădaniile mamei sunt fără rezultat, deoarece el nu este încă responsabil de actele sale. În schimb, nu se va pierde prilejul de al lăuda, atunci când are succes. Se va repeta încercarea în fiecare zi la aceeaşi oră, mama dând dovadă de răbdare şi calm. În caz de insucces timp de 2 – 3 săptămâni, se întrerup aceste strădanii şi se reiau după vârsta de 18 – 24 luni. Insistenţa încăpăţânată şi certarea copilului pot duce la reacţii de negativism şi tulburări de comportament mai grave. Normal, copilul devine curat abia în al III-lea an de viaţă.

3.10. De la 10 la 11 luni

Alimentaţia

Cantitatea de lapte poate fi redusă la 400 – 500 ml. O alimentaţie predominant lactată fără pireul de zarzavat cu carne în trimestrul al IV-lea al primului an de viaţă duce la anemie marcată şi la receptivitate crescută la infecţii. În plus, trecerea la o alimentaţie corespunzătoare după întâiul an de viaţă se face cu mare dificultate. O alimentaţie mai consistentă permite, la această vârstă, adaptarea conţinutului şi orarului meselor copilului la programul familiei. În anotimpul cald şi în caz de febră se creşte aportul de lichide (nu lapte!) cu ceaiuri slabe (simplu sau anason, chimen, mentă, muşeţel), apă fiartă sau fructe.

De la 10 la 12 luni se oferă *alimente*

consistente. Se încearcă să se înlocuiască treptat biberonul cu ceaşca sau cu linguriţa. În practică însă, în continuare şi chiar în al doilea an de viaţă, copiii preferă să bea laptele din biberon.

Dimineaţa: lapte simplu sau cu fulgi de cereale sau un produs parţial adaptat (Milupa 2 sau 3, Nutrilon 2, Nan etc.), sau o formulă cu adaos (Similac); pâine cu unt şi gem. *La ora 10*: fructe, sucuri de fructe, morcovi sau nimic. *La ora 12 – 13* (14!): se renunţă progresiv la pireu! foarte fin pasat pentru a-i da legume zdrobite cu furculiţa. În funcţie de sezon şi posibilităţi, alături de cartofi, legume variate: morcovi, dovlecei, spanac, salată fiartă, fasole verde, mazăre verde, conopidă, sfeclă. În sezonul rece se pot da din când în când paste făinoase sau orez bine fiert (pilaf). La zarzavat se adaugă unt, de 1 – 2 ori pe săptămână câte un gălbenuş de ou, iar de 4 – 5 ori pe săptămână carne (ficat) sau peşte în cantitate de 60 – 70 g sau peşte slab de apă dulce. Se poate încheia cu un desert (fructe, compot).

După amiaza: fructe strivite, fulgi de cereale cu fructe sau biscuiţi sau prăjituri de casă; la sfârşit, se poate da lapte, iaurt sau brânză de vaci. *Seara* (în jur de ora 20): budinci, papanaşi cu lapte cu cereale instant, fulgi de cereale, gris sau pâine cu unt + brânză de vaci sau şuncă slabă + un biberon cu lapte (sau ceaiuri slabe cu zahăr), mămăligă cu unt şi brânză de vaci.

Pe măsură ce copilul va deveni mai îndemânatic, el va dori să mănânce singur. Tendinţa lui va fi să apuce direct cu degetele sale. Lăsaţi-l s-o facă. Este important de al lăsa să aibă

un rol activ în alimentarea sa.

Acum, sau în luna următoare, se poate începe să i se dea sugarului, din când în când, din mâncarea care se pregăteşte pentru restul familiei. La această vârstă, copiilor le plac mâncărurile pe care le pot duce singuri la gură: legume fierte, cum ar fi morcovii, cartofii, fasolea păstăi. Se pot da şi fructe crude: mere, zmeură, piersici decojite, afine, tomate etc., pasate, strivite, tocate fin sau sub formă de compot. Pireurile nu se sărează şi nu se condimentează.

Este permisă încă menţinerea alimentaţiei la sân la 1 – 3 mese în 24 ore. De subliniat că sugarii hrăniţi la sân, acceptă greu altfel de lapte.

Laptele (produse industriale sau de vacă) şi/sau derivate (iaurt, brânză de vaci) rămân alimente de bază, prezente în „meniul” zilnic.

Unele „progrese”.

Stă în picioare. Un alt progres remarcabil este că sugarul stă în picioare. El reuşeşte să se agaţe de grilajul patului sau ţarcului, încearcă să se ridice, şi după multe eforturi şi căderi, triumfează: stă drept în picioare. Statul în picioare („staţiunea bipedă”) este proprie omului. Este progresul cel mai important în dezvoltarea motorie a sugarului. Acest triumf îl simte şi sugarul: faţa lui este veselă, se uită cu mândrie înjur, se simte cumva la fel cu tatăl, cu mama, cu fraţii săi mai mari. Nici n-a reuşit bine să stea în picioare şi de bucurie chiuie, încearcă să ţopăie, ridică braţele. Bucuria şi mişcările cu mâinile sunt peste măsura forţelor sale. El poate cădea; lovirea îi frânează şi amână încercările. Nul lăsaţi să stea

prea mult în picioare; dacă se clatină, sprijiniţi-l; mângâiaţi-l dacă nu a reuşit; luaţi-l în braţe; jucaţi-vă puţin cu el, nu-l lăsaţi tot timpul în pat, ci puneţi-l într-un scaun înalt. Gambele lui sunt încă slabe pentru a putea susţine multă vreme greutatea corpului. Ţinut la început de axile, iar după 2 – 3 săptămâni numai de vârful mâinilor, sugarul poate păşi (fig. 3.24). Curând învaţă să se deplaseze sprijinindu-se de-a lungul patului, ţarcului, apoi se ţine de un fotoliu şi reuşeşte să meargă de la o mobilă la alta.

Fig. *3.24* – Susţinut de mâini, sugarul poate păşi.

Toate aceste încercări sunt însoţite de multe căderi. Când cade de la o înălţime mică, nu se întâmplă nimic; dacă însă căderea sa făcut de la o înălţime mare sau dacă a căzut pe un plan tare cu un segment al corpului mai sensibil (capul,

răsucirea mâinii etc.), sugarul ţipă, nu se mai „opreşte din plâns” şi amână încercările cu câteva săptămâni sau chiar luni. Statul în picioare şi deplasarea dau copilului prima trăire a spaţiului.

Apucarea. S-a amintit cât de mult timp îi trebuie sugarului pentru a reuşi să apuce obiectele. De abia acum el ajunge să prindă obiectele cu degetul mare (policele) şi arătătorul (indexul). Datorită acestui progres, el apucă obiectele uşoare cu precizie şi fineţe şi-i face plăcere să le arunce. Aceasta îi dă şi o senzaţie de putere. Aşezat într-un scaun înalt, el apucă un cub şi-i dă drumul. Apucă succesiv toate obiectele din jurul său şi se distrează privindu-le cum cad. Aşteaptă laudele şi aplauzele mamei pentru noua lui reuşită; se necăjeşte dacă nu i se dau înapoi obiectele căzute. Când i se redau, le pipăie, le duce la gură, le priveşte şi apoi le aruncă din nou (fig. 3.25).

Fig. *3.25*.

Între mamă şi copil, această mică manevră este un joc; adesea cei din jur se irită, îşi pierd

răbdarea, îl apostrofează, îi îndepărtează jucăriile şi-l părăsesc. Este o greşeală. (Vezi şi fig. 3.14, pag. 161).

Memoria continuă să se dezvolte. Copilul recunoaşte persoanele din anturajul imediat şi îşi caută obiectele pierdute.

Inteligenţa practică se manifestă prin aceea că poate deschide o cutie; poate executa unele ordine simple: deschide gura sau întinde mânuţa la comandă.

Se conturează personalitatea. Copilul devine din ce în ce mai mult o mică personalitate. Preferinţele şi repulsiile se exprimă prin manifestări din ce în ce mai pregnante. Este dibaci în anumite acţiuni şi rămâne stângaci în unele gesturi, care par simple, dar care lui nu-i reuşesc. Părinţii sunt datori să urmărească toate componentele fizice, spirituale şi emoţionale, care conturează o personalitate. Trăsăturile de comportament care nu sunt pe placul părinţilor nu se vor combate prea repede; se încearcă mai întâi să se înlăture ceea ce a apărut în mod nedorit. Dacă un copil este vioi, nu se va încerca să se facă din el un copil liniştit, obligându-l să stea cuminte; se reuşeşte – mult mai sigur – dându-i-se o jucărie sau creându-i o altă preocupare.

Contactul social. Începe să înţeleagă dacă este lăudat sau certat; inventează trucuri. Reacţionează conform firii lui la mici „ordine” date de adulţi. Străinii sunt priviţi (selectiv) cu suspiciune. Râde tare sau zâmbeşte. Îşi exprimă plăcerea sau disconfortul, dar atenţia poate fi abătută. Începe să se joace cu alţii, nu numai

alături de ei.

Simte nevoia de societate. La sfârşitul primului an de viaţă, copilul îşi manifestă evident nevoia de companie. Vrea să se joace în încăperea în care se află ceilalţi membri ai familiei şi aşteaptă să-i se vorbească, iar dacă este lăsat singur, reacţionează – deseori – prin plâns.

Limbajul. Spune bisilabe în lanţuri: „mama”, „papa”, „tata” fără adresă. Reacţionează când este strigat pe nume şi când i se solicită să dea un obiect. Imită zgomote auzite sau pe care le emite el singur. Modulează vocea tare, încet şi şoptit. Se joacă cu limba, cu saliva pentru a produce zgomot.

Supraveghere şi îngrijiri

Somnul. Ca şi la adult, nevoia de somn prezintă mari variaţii individuale. Unii copii sunt foarte vioi, dorm mult, pentru aşi reface energia. Alţii, mai liniştiţi, au nevoie de mai puţin somn. În medie, spre vârsta de un an, sugarul doarme 10 – 12 ore noaptea şi circa 2 ore ziua.

Unii sugari mari şi copii mici refuză să mai doarmă după-amiază. Dacă dorm în cursul nopţii 11 – 12 ore sau dacă dorm mai mult în cursul dimineţii, nu mai este nevoie să doarmă după-amiază. Chiar dacă seara sunt foarte obosiţi şi mai iritabili, înseamnă că fac parte din categoria de copii care nu au nevoie decât de un singur somn. Dacă adorm seara greu, mai târziu se va scoate copilul la plimbare spre seară şi, în continuare, în familie se va evita excesul de impresii (jocuri, musafiri, agitaţie).

Încălţămintea. Nici la această vârstă, sugarul nu are nevoie de încălţăminte de protecţie pentru

picioare. Numai în cazurile în care este dus în curte sau stă pe o podea rece şi cu asperităţi are nevoie de încălţăminte. Se procură ghetuţe de dimensiuni mai mari, cu vârful larg, cu talpa flexibilă. Încălţămintea cu talpa tare accentuează tendinţa la picior plat, cu care, de fapt, sugarul se naşte şi care se menţine fiziologic şi la copilul mic. Pentru cei mai mulţi copii, ghetele nu reprezintă un ajutor, dar nici nu le strică, cu condiţia ca pielea să fie foarte moale şi cu talpă flexibilă.

Cum se ridică sugarul mare în braţe. Petreceţi mâinile în jurul toracelui sau pe sub axile (subsuoară) şi ridicaţi-l astfel încât greutatea corpului să fie purtată de ambele articulaţii ale umerilor; nu-l ridicaţi niciodată şi nu-l învârtiţi de mâini, braţele lui trebuind să susţină în acest caz întreaga greutate a corpului.

Ce se face dacă sugarul se serveşte cu *predilecţie de mâna stângă?* Chiar dacă părinţii au impresia că va deveni stângaci, nu-i vor interzice folosirea mâinii stângi, obligându-l să folosească mâna dreaptă.

Folosirea preferenţială a unei mâini este dictată de conformaţia şi dezvoltarea creierului şi reprezintă o particularitate biologică ce nu trebuie interpretată ca un defect şi de aceea nu se combate prin pedepsirea copilului. Este greşit şi dificil să fie obligat să se folosească de mâna dreaptă, când pentru el este mult mai natural să o folosească pe cea stângă. Forţarea pentru folosirea mâinii drepte poate determina o formă de nevroză la copilul mare.

Majoritatea indivizilor stângaci nu au

dificultăţi serioase în viaţă şi în meserie.

3.11. De la 11 la 12 luni

Copilul împlineşte în curând un an. După aceea nu se mai discută despre copil în luni, ci în ani.

Ajunsă la acest moment, orice mamă priveşte înapoi asupra anului scurs. Copilul a făcut progrese uriaşe, a devenit o mică personalitate, ce poate face multe lucruri cu corpul său şi care are o voinţă proprie.

În acelaşi timp, mama a învăţat „meseria" de mamă. Satisfacţia cea mai mare a unei mame este de a fi conştientă de încrederea copilului în ea şi de faptul că el o „cunoaşte". Orice mamă ia o mulţime de hotărâri, din instinct, fără a reflecta prea mult. Când este nesigură, copilul îi arată prin reacţiile lui dacă soluţia adoptată este cea mai nimerită. Încercările şi greşelile fac parte din viaţa părinţilor şi nicio carte sau niciun medic nu o pot scuti pe mamă de emoţii sau de situaţii neprevăzute. Medicul şi cărţile sunt totuşi ajutoare obligatorii în creşterea şi educaţia copilului. Nu se mai concepe, în viaţa modernă, o familie care să nu se iniţieze în problemele de sănătate care constituie bunul cel mai de preţ al omului!

În pragul trecerii în al doilea an de viaţă al copilului, mama simte că nu mai este singură, că soţul său a intrat tot mai mult în rolul de tată. De acum ambii părinţi vor avea ca scop permanent îngrijirea sănătăţii fizice şi educaţiei copilului; cu acesta vor deveni şi ei copii, vor trăi din nou

etapele copilăriei, vor încerca să facă din copil mai mult decât au fost ei şi vor visa ca acesta să nu repete greşelile lor.

Pentru aceasta este nevoie de devotament, de dăruire permanentă, de străduania de a fi aşa cum ar vrea să devină copilul lor, prin puterea exemplului lor. În vederea acestui deziderat, este nevoie de instruire permanentă. Azi, copiii nu mai pot fi crescuţi din instinct, în cadrul câtorva norme moştenite prin tradiţie, ci prin documentare continuă asupra psihosociologiei copilului din societatea modernă, în continuă transformare.

Alimentaţia

La un an (şi nu mai înainte) se pot da o mare parte din mâncărurile ce se gătesc pentru fraţii mai mari. Atâta timp cât primeşte zilnic legume, fructe, carne şi lapte, se poate ţine seama de preferinţele copilului. Bineînţeles că se va întocmi un mediu echilibrat. Majoritatea copiilor preferă o alimentaţie simplă, bine pregătită, necondimentată, apetitul devine capricios, inegal, cu preferinţe.

În multe cărţi se recomandă să se renunţe la biberon, în realitate, marea majoritate a copiilor chiar şi după vârsta de un an preferă să primească laptele (cu sau fără adaosuri) cu biberonul. Dimineaţa se dă lapte simplu, iar seara îmbogăţit cu făină de fructe sau cereale. Unii părinţi preferă să dea încă lapte parţial adaptat (Milumil 2 sau 3, Humana 2, Nutrilon plus, Beba, Nan etc.). Organismul copilului de un an este însă maturat să primească lapte praf integral sau lapte de vacă de bună calitate.

La masa de prânz, potrivit tradiţiei culinare româneşti, multe mame dau mai întâi copilului supă sau ciorbă cu multe zarzavaturi şi apoi pireul cu carne. Dacă se ţine mult şi la supă, se va începe cu pireul cu carne şi „supa” va fi „felul al doilea”. Pireul este de preferat din cartofi sau morcovi cu unt. Se pot da şi alte zarzavaturi (dovlecei, conopidă, sfeclă, albituri etc.). Se preferă carnea „roşie” de viţel sau mânzat. Se poate da şi carne de vacă, peşte slab; oul se poate da şi ca ochi sau chiar omletă. Ca variaţie se poate da mămăliguţă cu brânză de vaci sau iaurt, ciulama, pilaf, paste făinoase fine. Se poate da şi brânză topită. Masa se poate încheia cu compot, suc de fructe sau o prăjitură de casă.

La gustarea de la ora 10 nimic sau numai fructe.

La gustarea de după-amiază: iaurt, brânză de vaci sau brânză topită, fructe strivite (mere, banane, piersici etc.) simple sau cu biscuiţi şi brânză de vaci. Mamele care au timp pot da creme, budinci, prăjiturele de casă etc. seara cereale cu lapte („Brei”, terci).

Alimente interzise. Nu se dau copilului cafea naturală, ceai rusesc concentrat, mâncăruri condimentate, salamuri afumate, slănină, peşte afumat, băuturi alcoolice, murături.

De asemenea nu sunt indicate leguminoasele uscate (lintea, fasolea, mazărea), varza acră.

Excesul de sare. În mod fiziologic sugarul şi copilul mic nu au nevoie de „sărarea” mâncării. Excesul de sare favorizează apariţia hipertensiunii la adult. În unele ţări (S.U.A., Anglia, Ţările

Scandinave, Germania) este interzis adaosul de sare la fabricarea conservelor pentru copiii mici.

Sandvişurile la 11 – 12 luni. Sugarilor care au învăţat să mestece bine, li se poate da dimineaţa, la masa cu lapte, o tartină cu unt sau cu o pastă moale de fructe (măceşe, mere, gutui). Este important să li se dea pâine proaspătă, albă, tăiată în felii subţiri. Spre sfârşitul lunii a XII-a, se încearcă şi pâinea neagră. Pe pâine se poate da, pe lângă unt, brânză de vacă, brânză topită, partea slabă din şunca presată, parizer de bună calitate, crenvurşti. De acum înainte, unii copii preferă variaţia în alimentaţie.

Se va evita *excesul de dulciuri*. Adaosul de zahăr nu mai este obligatoriu la laptele de vacă. Dulciurile şi prăjiturile se vor da numai după mese, nu între mese. La masa de seară este bine să nu se dea deloc dulciuri. Excesul de dulciuri (zahăr, miere, dulceaţă, bomboane, gemuri, prăjituri) au un rol incontestabil în apariţia cariilor dentare.

Dezvoltarea fizică şi psihomotorie

Greutatea se triplează faţă de cea de la naştere; la cei născuţi cu greutate mică, se triplează mai devreme.

Băieţi:
mediul urban = 9.100 – 9.900 g;
mediul rural = 9.200 – 9.800 g;
Fete:
mediul urban = 9.100 – 9.300 g;
mediul rural = 9.000 – 9.300 g:
Sunt cifre medii. Deviaţiile de plus sau minus

700-900 g se apreciază ca normale.

Înălţimea (*talia*) *şi perimetre*

Talia

Băieţi:

mediul urban = 75,32 cm (+ /3,11);

mediul rural = 74,88 cm (+ A 3,37);

fete:

mediul urban = 73,91 cm(+ /3,01);

mediul rural = 73,28 cm (+ /3,23).

Perimetrul cranian

Băieţi:

mediul urban = 46,23 cm (+ /1,54);

mediul rural = 45,96 cm (+ /1,66);

fete: mediul urban = 45,24 cm (+ /1,55);

mediul rural = 44,81 cm (+ /1,74).

Perimetrul toracic

Băieţi:

mediul urban = 47,26 cm (+ /2,22);

mediul rural = 47,30 cm (+ /2,44);

fete: mediul urban = 46,29 cm (+ /2,04);

mediul rural = 46,06 cm (+ /2,39).

Dentiţia. La un an copilul are în medie 6 dinţi (4 sus şi 2 jos). Există foarte mulţi copii perfect normali la care primul dinte apare de abia acum sau chiar mai târziu.

Dezvoltarea motorie. Această vârstă este treapta intermediară dintre poziţia orizontală şi cea verticală, încă instabilă. Perfecţionarea se face treptat. Astfel, dacă în primele luni poziţia obişnuită era cea culcat pe spate sau pe burtă, la 12 luni această poziţie se adoptă numai în somn. Se întoarce spre ambele părţi şi ajunge să şadă

atât prin tracţiune (se apucă de degetele adultului), cât şi singur.

a) *Poziţia „şezând”* este liberă, cu un echilibru stabil (atât pe un plan orizontal, cât şi în braţele mamei), se poate sprijini şi întoarce spre toate părţile.

b) *Ridicarea în picioare*. Am văzut că iau trebuit

3 – 4 luni până când să se ridice şi să se aşeze singur. La 12 luni majoritatea copiilor se ridică numai cu sprijin şi doar o mică parte liber. Unii dintre ei reuşesc să facă singuri câţiva paşi. Ţinându-se de mobilă „merg” relativ repede. Apoi trec în „patru labe” şi se deplasează cu viteză.

c) *Mersul în patru labe*. De la poziţia orizontală până la mersul nesprijinit, sugarul a exersat luni şi luni de zile; mai întâi să „târât”, apoi a mers „de-a buşilea” şi, în sfârşit, înainte de a ajunge la staţiunea bipedă, „a mers în patru labe, ca un urs”, mers care este încă preferat de către unii şi la această vârstă, datorită vitezei mai mari de deplasare. Din această poziţie poate sta în şezut sau se ridică în picioare. Aşa cum am mai arătat, unii sugari trec direct de la târâre la poziţia „în şezut” şi apoi în picioare.

d) *Poziţia în picioare şi mersul*. În general, un copil de un an stă în picioare nesprijinit, dar încă fără echilibru şi fără posibilitatea de a se deplasa.

Mersul se învaţă foarte încet: mai întâi este nevoie ca sugarul să fie „copt” pentru a încerca spontan să se ridice şi să încerce să se deplaseze, sprijinindu-se singur; numai după aceea adultul îl va ajuta (la început susţinându-l de subsuori şi

apoi de vârful mâinilor) să păşească. Mersul de unul singur se realizează, la majoritatea copiilor, între 12 şi 14 luni. Dacă întârzie prea mult, se va consulta medicul.

La început, copilul merge legănat, cu baza de susţinere lărgită (fig. 3.26). Adesea, cade pe şezut după 3 – 4 paşi. Copiii sunt foarte perseverenţi în a învăţa să meargă, luând-o mereu de la început. Cu timpul devin siguri pe ei. Ei merg sprijinindu-se de pereţi; înaintează din mobilă în mobilă, de care se ţin cu o mână. Din poziţia bine în picioare, se pot aşeza fără ajutor.

Poate ţine un creion cu care mâzgăleşte o foaie de hârtie. Poate aduna firimituri de pâine şi le duce la gură. Încearcă să bea din ceaşcă. Cooperează din ce în ce mai mult şi mai ales la dezbrăcat şi descălţat.

Unii dintre copii, care încep să meargă devreme, după câteva încercări încetează brusc să mai meargă şi timp de 1 – 2 luni nu mai încearcă deloc (sau speriat de nesiguranţa lor şi de căderi). Ei devin mai prudenţi şi fac o nouă încercare abia după ce uită primul şoc. Nu vor fi forţaţi!

Fig. *3.26* – La un an, mulţi copii fac primii paşi, nesusţinuţi.

Dacă face progrese şi în vorbire, mersul dobândit poate să dispară temporar, ca şi cum şi ar concentra toate eforturile pentru noua achiziţie. La fel, după o boală, îi trebuie un timp pentru a merge la fel de bine ca înaintea bolii.

e) *Ce poate face un copil la 12 luni*. Stă liber în şezut, stă singur în picioare şi face, susţinut, primii paşi. Se urcă pe scări în 4 labe. Este captivat de dorinţa de a învăţa să meargă. Dacă ştie să meargă, va umbla prin casă în majoritatea timpului. Dacă ajunge până la masă, ştie să-şi însuşească diverse obiecte. Poate ţine o bilă mică cu degetele şi dă drumul în mod voit unor obiecte pe care le ţine în mână (cu câteva luni în urmă le scăpa din mână când obosea prea tare sau când voia să apuce un alt obiect). Acum şi în lunile următoare până spre 18 luni, ocupaţia lui favorită va fi să arunce diferite jucării peste marginea patului sau ţarcului, sau le va arunca într-un recipient, pentru a le scoate apoi. Este pasionat să descopere, să apuce cu „pensa” (degetul mare – degetul arătător) gunoaie, firimituri, nasturi, mărgele etc. Şi să le ducă la gură („le gustă”).

Începe să devină îngrijorător pentru cei din jur. Nu mai poate fi lăsat singur, deoarece este expus accidentelor atunci când apucă şi trage spre el tot ce atinge. Aceasta este însă modalitatea lui de a cunoaşte mediul înconjurător. Cei din jur îl învaţă mereu câte ceva, deoarece el îi solicită. La această vârstă învaţă mult şi repede. Pregătirile

pentru mers şi pentru vorbire sunt încheiate. Începe să exerseze şi aplică ceea ce a învăţat în materie de limbaj. Ascultă cu atenţie şi sporovăieşte mult. Spre marea lui plăcere devine tot mai independent, contactele cu mediul devin mai diferenţiate, le alege.

Limbajul. Afară de „tata”, „papa”, „mama” (singurele cuvinte cu adresă) majoritatea copiilor nu mai pot spune decât câteva silabe sau unele cuvinte formate din 2 silabe. Vorbirea începe însă să devină mijloc de comunicare; dorinţele şi sentimentele proprii vor fi exprimate prin silabe simple. Repetă lucruri de care adulţii se amuză.

Mulţi copii încep să vorbească mai târziu. Ei sesizează multe situaţii din mediul lor, ştiu să arate diferitele părţi ale corpului şi multe obiecte din cameră, diferenţiază după nume persoanele din jur, execută mici ordine, dar nu articulează niciun cuvânt. Au ceea ce se cheamă un „limbaj pasiv”, dar nu au trecut încă la treapta de „limbaj activ”. Am întâlnit foarte mulţi copii care înţelegeau foarte multe noţiuni, dar care nu au articulat niciun cuvânt până în jurul vârstei de 3 ani. Toţi aceşti copii sau dovedit ulterior foarte dotaţi.

Dacă nu există leziuni nervoase sau defecte ale auzului, lipsa limbajului activ nu constituie un motiv de îngrijorare.

Contactul social. În această perioadă se intensifică diferenţierea psihică. Spre sfârşitul primului an de viaţă, se observă manifestări de simpatie sau preferinţă, refuz sau protest faţă de persoane, jucării sau mâncare. Manifestă de

asemenea acte de mânie, invidie, gelozie. La ceea ce îi provoacă neplăcere, copilul reacţionează activ, cu protest sau furie, sau pasiv, cu teamă, reacţie de evadare. Ţipă pentru a atrage atenţia asupra persoanei sale.

În această perioadă copilul devine un „partener”, începe să rostogolească mingea, înmânează cu plăcere obiecte şi aşteaptă să-i fie restituite, îi place jocul în colectiv.

Mama devine tot mai mult model pentru propria conduită. Copilul imită tot ce face mama, gesturile ei, până şi dispoziţia, starea de spirit. Din punct de vedere ştiinţific, nu să răspuns încă hotărât la întrebarea: în ce măsură copilul se adaptează la această vârstă caracterului şi particularităţilor mamei? Copilul are posibilităţi de înregistrare mult mai sensibile decât îşi pot imagina adulţii.

Activitatea motorie, posibilitatea de a-şi controla gesturile mâinilor, de a apuca şi lăsa, de a pipăi, posibilitatea de a vedea, de a mişca, de a se apropia de ceea ce-l tentează, de a se îndepărta de ceea ce nul interesează, toate îi permit să cunoască lumea din jur: spaţiul, obiectele neînsufleţite, conturul, consistenţa moale sau dură, ţesătura lucioasă sau aspră, formele, dimensiunile. Paralel cu acestea, copilul cunoaşte propriul corp. Psihologii insistă asupra a ceea ce ei numesc „schema corporală” în cunoaşterea de sine. Această cunoaştere derivă din sinteza inconştientă a unor senzaţii: mângâierile, contactul cu mâinile care-i fac baie, senzaţiile de cald şi de rece, mişcările şi poziţia membrelor.

Cei din jur sunt datori să arate şi să pronunţe în faţa copilului termenii ce denumesc diferite părţi ale corpului: nasul, gura, ochii etc. (atât la adulţi, cât şi la copil). La început va fi învăţat să pronunţe numai cuvinte mono şi bisilabice ca: tata, mama, papa, pa, apa etc.). Mama este prima şi cea mai bună oglinda. Din când în când copilul este dus în faţa oglinzii. Îl bucură mult, dar nu se va recunoaşte, se pare, decât după vârsta de 14 – 15 luni.

Supraveghere şi îngrijiri

Se conturează din ce în ce mai mult personalitatea şi caracterul copilului. În funcţie de acest caracter se vor adopta şi atitudinile adulţilor. Timidul are nevoie de o protecţie mai mare, de mângâieri, de vorbe dulci, de blândeţe. În schimb, nu se vor executa ordinele celui pretenţios. Cei care încep să „speculeze” dragostea mamei prin crize de plâns trebuie să simtă că cei din jur nu se supun manifestărilor lor de mânie. Au drept la mângâiere, dar în limite rezonabile şi pe bază de reciprocitate.

Vom repeta că tatăl trebuie să fie prezent zilnic în viaţa copilului ca să-l simtă alături de el şi să participe la toate activităţile lui. Oricât ar fi de ocupat trebuie să-şi găsească timp pentru familie şi cu atât mai mult pentru copil. Prezenţa tatălui este necesară la plimbarea de seară şi absolut obligatorie în zilele de sărbătoare şi de vacanţă. Să fie prezentă comunitatea: MAMĂ-COPIL-TATĂ.

Consultul medical este obligatoriu. Chiar dacă sugarul este sănătos, la sfârşitul anului are nevoie de un consult medical amănunţit, care să

facă bilanţul dezvoltării fizice şi psihice din perioada de sugar şi să fixeze jaloanele pentru etapa următoare.

La un an se administrează 200.000 u. i. vitamina D pe gură în cazul în care nu s-a făcut profilaxia rahitismului prin administrare zilnică. Se continuă, la cei la care să început, administrarea de fluor.

3.12. Gimnastica sugarului

Orice copil are nevoie, în afară de o alimentaţie corectă şi de îngrijiri corespunzătoare, de multă mişcare. Sugarul sănătos face „gimnastică" din proprie iniţiativă: dă din picioare şi din mâini etc., cu condiţia ca mişcările să nu-i fie îngrădite de o îmbrăcăminte incomodă (prea strâmtă, prea largă, prea groasă etc.). Cu cât sugarul se mişcă mai de timpuriu şi mai mult, cu atât el se dezvoltă mai bine.

Mama poate executa cu sugarul diferite exerciţii de gimnastică, încurajând nevoia lui firească de mişcare.

Va avea grijă să solicite în mod uniform toate grupele musculare, alternând diferitele tipuri de exerciţii.

Gimnastica sugarului se va începe numai după ce a împlinit 3 luni. Se va practica numai cu copii născuţi la termen. Pentru prematuri se va cere sfatul medicului.

Se înţelege că la sugarul bolnav, febril, gimnastica este contraindicată.

Momentul cel mai potrivit pentru gimnastică este înainte de baia zilnică de curăţenie sau

înaintea uneia dintre mese. Camera trebuie să fie bine încălzită. În anotimpul rece se poate pune în apropierea sugarului un radiator electric. În zilele călduroase de vară, gimnastica se poate face afară sau în faţa unei ferestre larg deschise.

Exerciţiile se execută cel mai bine pe un plan dur (masa de înfăşat; o masă oarecare, acoperită cu o pătură care să nu alunece, deasupra căreia se întinde un scutec sau un cearşaf curat). Copilul nu va fi lăsat niciun moment ne supravegheat.

Mişcările vor fi executate cu blândeţe, crescând treptat în intensitate şi amploare. Nu se va încerca să se învingă cu bruscheţe opoziţia sugarului. Articulaţiile, aparatul ligamentar şi musculatura copilului sunt încă fragile.

În principiu, gimnastica urmăreşte să favorizeze trecerea de la motricitatea necoordonată, descrisă în primele luni de viaţă, la motricitatea voluntară corespunzătoare maturării treptate a sistemului nervos.

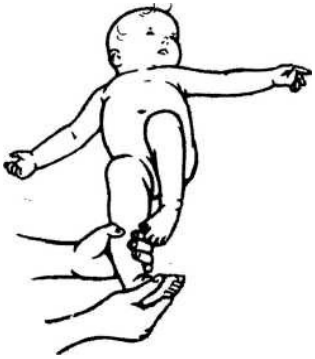


Fig. *3.27* – Mişcarea de rotaţie. Mama cuprinde cu mâna stângă gamba sugarului, cu cealaltă apucă piciorul şi execută mişcări de rotaţie în ambele sensuri (8 – 10 mişcări pentru

fiecare picior).

Fig. *3.28* – Se execută flexia şi extensia succesivă a membrelor inferioare, într-un ritm lent. Se poate vorbi sau cânta cu copilul, pentru a sublinia ritmul mişcării şi a spori plăcerea de a participa la exerciţiu.

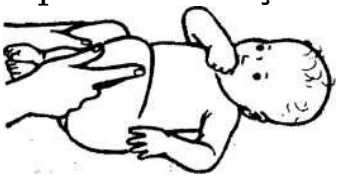


Fig. *3.29* – Aceeaşi mişcare (flexie-extensie) se execută concomitent cu ambele picioare, exercitând şi o uşoară presiune asupra abdomenului.

Se va avea grijă să nu se exagereze din dorinţa de a face bine copilului. Se recomandă ca înainte de începerea „şedinţelor" de gimnastică, să fie cerut sfatul unui medic sau unui cadru calificat în acest sens. Nu toţi sugarii beneficiază de gimnastică.

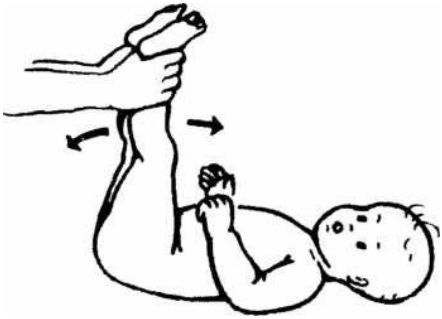


Fig. *3.30* – Flexia şi extensia din articulaţia

şoldului.

Fig. *3.31* – Mişcarea de rotaţie a mâinii se face la fel precum cea a piciorului.

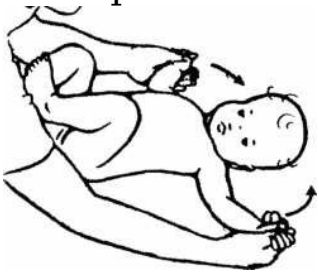


Fig. *3.32* – Mama apucă mâinile sugarului punând degetul mare în palma acestuia. Duce braţele lateral pe lângă cap, apoi în sus, în poziţie verticală faţă de planul mesei şi le aduce de-a lungul corpului. Repetă mişcările de 6 – 8 ori (începând din luna a VI-a).

Fig. *3.33* – Braţele sugarului se întind lateral pe linia umerilor. Apoi se aduc în faţă, încrucişându-se deasupra pieptului copilului.

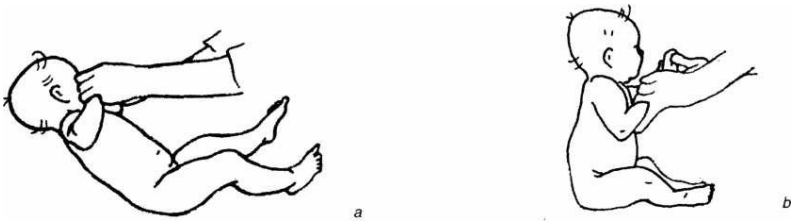


Fig. *3.34* – *a*, *b.* Tracţiune din poziţia culcat pe spate, până în poziţia şezând. Este menţinut 1 – 2 secunde în această poziţie, apoi culcat încet la loc, având grijă să nu se lovească la cap.

Fig. *3.35* – Pentru întărirea muşchilor spatelui (după 5 luni) se cuprind articulaţiile pumnului sugarului care este culcat pe abdomen. Braţele se depărtează lateral, apoi se ridică trunchiul sugarului la 20 – 25 cm deasupra planului mesei; se menţine câteva momente în această poziţie, apoi se readuce uşor în poziţia iniţială. La început ridicarea trunchiului sugarului se face cuprinzând articulaţiile umărului sau rădăcinile braţelor.

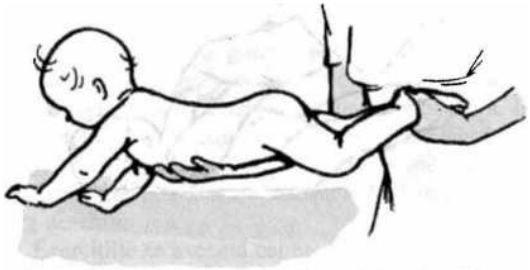


Fig. *3.36* – Exerciţiul „roaba” pentru sugarul

trecut de 9 luni, care a început să umble în patru labe.

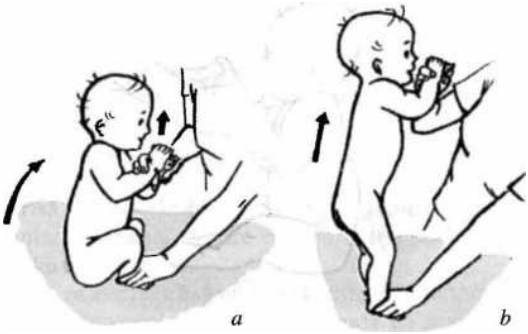


Fig. *3.37* – Exerciţii care stimulează ridicarea în picioare (pentru sugarul între 9 şi 12 luni).

Exerciţiile descrise şi ilustrate în acest capitol sunt exclusiv mijloace de prevenire a unor deficienţe de creştere şi posturale (de poziţie). Pentru copiii care prezintă unele defecte de motricitate (hipotonii sau spasticităţi înnăscute sau apărute în urma unor boli), gimnastica va fi îndrumată sau chiar efectuată de cadre de specialitate.

Exerciţiile de gimnastică pe care le recomandăm pentru sugarul sănătos vor fi efectuate de mamă sau de persoana care îngrijeşte sugarul, în aceeaşi secvenţă. Se va începe cu cele mai simple. Se va vorbi tot timpul cu sugarul, încurajându-l, chiar dacă la început opune oarecare rezistenţă şi plânge. După câteva şedinţe, copilul va participa „activ”.

Un exerciţiu nu va dura mai mult de 1 – 3 minute, după care se poate face o mică pauză, în timpul căreia copilul va fi învelit cu un scutec

moale, pentru a nu răci. Durata unei şedinţe este la început de 3 minute, apoi poate creşte treptat până la 15 minute. Această durată nu va fi depăşită, deoarece sugarul se mişcă şi singur. Se va observa că prin stimularea plăcerii de mişcare, prin exerciţiile sistematic efectuate, motricitatea spontană a copilului se va accelera.

Fig. *3.38* – Mersul în picioare cu braţele întinse; păşeşte fie pe vârfuri, fie aplicând ambele plante.

3.13. Jocul şi jucăriile

Jocul nu este o pierdere de vreme, ci are semnificaţia unei preocupări serioase, fiind tot atât de important pentru copil, ca şi munca pentru adult. Jocul înseamnă un prilej de a mări îndemânarea, de a cultiva imaginaţia şi puterea de concentrare a copilului. Astfel, jocul contribuie la

dezvoltarea globală a copilului. Părinţii sunt datori să asigure sugarului timp şi linişte pentru joc, precum şi jucării adecvate.

Perioada 2 – 4 luni. Încă din luna a II-a, când sugarii se trezesc din somn sau după ce mănâncă, mai ales în orele de după amiază, ei încep să dea dovadă de atenţie şi de dorinţă de societate. Între luna a II-a şi a IV-a, le place să observe obiecte care se mişcă şi obiecte de culoare vie. Când sunt afară, se uită la frunzele şi umbrele copacilor; în casă, îşi privesc mâna sau desenele de pe pereţi. Se vor suspenda obiecte colorate de marginea de sus a laturilor patului, dar nu deasupra nasului, ci în dreptul mâinilor sugarului. Mama însăşi poate înşira pe o sfoară diferite cartonaşe colorate. De mult succes se bucură unele obiecte din material plastic sau din cauciuc colorate (ceşti, solniţe, linguriţe), atârnate pe o sfoară de marginile patului, animale care cântă.

Perioada 4 – 9 luni. Capacitatea de a se juca se lărgeşte de îndată ce sugarul învaţă să apuce. De acum încolo el caută forme de joacă noi, care să-i ofere satisfacţii sporite. Apucă obiecte, le pipăie, le strânge în mâini, le aruncă şi încearcă să le apuce din nou. Obiectele sunt mişcate încoace şi încolo, sugarul se ocupă tot mai mult de ele. La această vârstă, interesează în mod preponderent: o jucărie sunătoare, cuburi, beţe, cutii bine închise, o răţuşcă.

În legătură cu sensul jocului, au apărut numeroase teorii. La vârsta de 8 – 9 luni ne putem da seama cel mai uşor că nu numai excesul de energie sau plăcerea de a acţiona sunt forţele

motrice ale jocului. Perseverenţa, seriozitatea şi participarea afectivă a sugarului ne fac să presupunem că este vorba de trăiri de o importanţă fundamentală. Nu se ştie sigur ce se petrece în mica făptură, dar bănuim ceva din ceea ce îl satisface şi pe omul matur, sănătos, anume că activitatea şi faptul că e familiarizat cu ceea ce face îi oferă plăcere, bucurie, că mai importantă este trăirea decât exersarea, latura formativă a jocului.

Perioada 9 – 12 luni. Jocurile de „apucare” ale sugarului de 9 – 10 luni arată îndemânarea sa crescândă. Şezând, sugarul poate întinde în jurul lui o mulţime de obiecte, jucându-se pe rând cu ele. La un an, el poate urmări ce se întâmplă cu jucăriile. Trage spre el un animal pe rotiţe şi-l lasă să plece iar, se bucură de „hopa Mitică” şi de zgomotul pe care-l face. „Prelucrează” o cutie metalică cu o lingură de lemn. Cu multă pasiune introduce obiecte mai mici în altele mai mari. Se recomandă aşa-numitele „piramide din cuburi”. Cu multă plăcere, joacă cu un adult jocul „cucubau”.

În general, obiectele foarte simple îi oferă noi posibilităţi de a se juca. Este fascinat de posibilitatea de a introduce un obiect în altul. Cuburile compacte sau goale, ca şi diverse obiecte de bucătărie, îi fac plăcere. Ocupaţia preferată rămâne golirea şi „rearanjarea” sertarelor. Îi plac unele obiecte mari, pe care se poate urca sau pe care le poate deplasa. De o simpatie deosebită se bucură jucăriile pe care le poate trage după el, de o sfoară, permiţându-i să meargă şi să se joace în

acelaşi timp. Încep să-l intereseze cărţile simple, cu animale frumos colorate.

În al II-lea an de viaţă copilul va fi captivat de apă şi nisip; jocul este şi mai interesant când are la îndemână câteva obiecte simple (sită, lopăţică, greblă, găleată etc.).

Jucării adecvate sugarului. Jucăriile trebuie să fie totdeauna curate şi cu discernământ selecţionate (forma, mărimea şi materialul), încât copilul să nu se poată răni.

Pentru protejarea dezvoltării psihice, se vor da jucării simple şi nu mai mult de 1 – 2 bucăţi deodată. Supraînzestrarea cu jucării este la fel de dăunătoare ca supraalimentaţia.

Nu se vor lăsa la îndemâna sugarului obiecte acoperite cu vopsea care conţin plumb; jucării de celuloid care se pot sparge în bucăţi mici tăioase când sugarul le bagă în gură; bile de sticlă, rulmenţi de metal, nasturi, „jucării” pe care copilul le poate inhala, riscând să se sufoce (fig. 3.39); obiecte tăioase sau ascuţite (ace, furculiţe, cuie, cuţite); păpuşi sau obiecte de îmbrăcăminte din lână de angora; jucării ale fraţilor mai mari (pericol de infecţie); flacoane sau sticle cu medicamente, oricât de ermetic ar părea închise; orice jucării care nu se pot spăla.

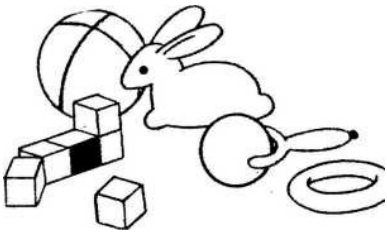


Fig. *3.39* – Jucării pentru sugarul mare şi copilul mic.

Ţarcul constituie cadrul cel mai comod şi mai sigur pentru un sugar de 7 – 12 luni, a cărui mamă se ocupă de gospodărie şi de alţi copii.

Dacă se cumpără jucării, se ţine seama, de acum încolo, că un copil are nevoie, până la vârsta şcolară, de jucării care trebuie să realizeze trei condiţii: de mişcare, de elaborare şi de a fi iubite. De aceea este bine să primească în curând o păpuşă sau un urs.

Mai ales după un an, existenţa unei „expoziţii" de jucării sau de păpuşi, aşa cum se obişnuieşte în unele familii, are efecte negative asupra comportamentului şi caracterului copiilor.

Jocul cu fraţii. Dacă fraţii sunt cu câţiva ani mai mari, jocul este permis, dar cu următoarele precizări: nul vor lua în braţe; nul vor purta pe scări; nu-i vor băga nimic în gură. Copiii sub 3 ani se vor juca cu cel mai mic numai sub directa supraveghere a părinţilor.

Încăperea în care se joacă copiii va îndeplini următoarele condiţii: ferestrele vor fi bine închise; prizele electrice vor avea dispozitive de siguranţă (fig. 3.40). Nu vor rămâne la dispoziţia copiilor obiecte ascuţite, pungi de plastic, substanţe de uz casnic, potenţial toxice (detergenţi, insecticide, băuturi alcoolice); mobilierul va fi redus la minimum necesar; podeaua nu va fi alunecoasă; în camera respectivă să nu fie vase cu apă clocotită (vezi fig. 33.41); copiii nu vor avea acces la balcon.

Rolul părinţilor. Din luna a II-a, părinţii îşi pot programa, la o anumită oră din zi, o perioadă scurtă pentru joc, în care copilul să simtă şi să savureze atenţia şi căldura afecţiunii.

Accidente. Copilul începe să se mişte (de-a buşilea; sprijinit de mobilă; încearcă să escaladeze patul) şi duce totul la gură. Atragem atenţia asupra unor greşeli şi pericole:

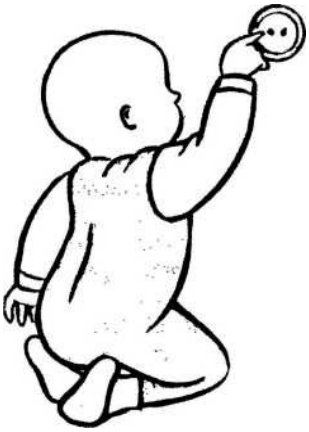


Fig. *3.40* – Prizele electrice accesibile sugarului sunt periculoase.

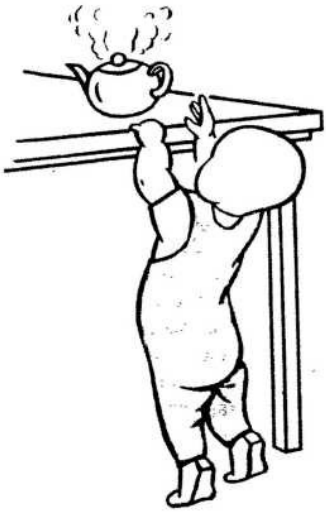


Fig. *3.4/* – Pericol de opărire cu lichide fierbinţi.

a) imobilizarea în hamuri sau „legat” de pat (pericol de strangulare) (vezi fig. 3.42); b) încuiat singur în casă cu focul aprins în sobă sau la aragaz; c) obiecte de joc „sunătoare” (dacă se sparg, bilele ajung la dispoziţia copilului, care le duce la gură, le poate aspira pe trahee, ducând la sufocare) (fig. 3.42); d) coji de pâine, cornuri sau bucăţi mari de mere; actul masticaţiei şi înghiţirii nu sunt maturate; am asistat la decesul unor copii care s-au înecat cu coji de pâine sau fragmente de cornuri; e) perne de puf – sau pungi de plastic – în patul copiilor.

Fig. *3.43* – Pericol de asfixie.

Fig. *3.42* – Strangularea.

4

COPILUL DE LA 1 LA 6 ANI

4.1. Copilul mic (*1 – 3 ani*)

4.1.1. *Relaţiile dintre părinţi şi copii*

Pentru dezvoltarea posibilităţilor fizice şi sufleteşti, copilul are nevoie de spaţiu interior şi exterior, de sentimentul de libertate. Pentru educaţia copilului este necesară multă răbdare. Trebuie combătute cele două tendinţe extreme:

a) Unii părinţi cred că, după împlinirea vârstei de un an „copilul s-a făcut mare”, nu mai are nevoie de atenţie şi îngrijiri deosebite. Este lăsat puţin de „capul lui prin casă”, părinţii având numai grija îmbrăcămintei şi a mâncării. Or, tocmai acum copilul are nevoie de afecţiunea şi de prezenţa părinţilor, mai ales pentru dezvoltarea unor noi activităţi proprii (mers, îndemânare, vorbire etc.) şi pentru cunoaşterea lumii înconjurătoare. Îndeosebi în prima etapă copilul este „umbra mamei”. Chiar în mentalitatea corpului medical se observă uneori o oarecare subestimare în privinţa importanţei pe care o are urmărirea continuă a dezvoltării copilului mic. Unii medici se ocupă, de obicei, de copilul mic numai în perioadele vaccinărilor şi cu prilejul îmbolnăvirilor.

b) A doua extremă este oferită de mama care nu reuşeşte nici la 3 – 4 ani să se dezlipească de copil, lipsindu-l de posibilitatea de a-şi dezvolta forţele pentru cucerirea mediului înconjurător. Mulţi copii sunt insuficient pregătiţi pentru viaţă,

pentru că părinţii nu se pot hotărî să-i lase să se desfăşoare, să le satisfacă nevoia de mişcare şi de explorare a lumii înconjurătoare.

Maturarea creierului şi a căilor nervoase duce la o mai bună stăpânire a mişcărilor corpului.

Nevoia de mişcare domină întreaga perioadă a copilului mic. Trebuie înţeleasă prin prisma dorinţei de aşi folosi şi stăpâni muşchii în toate felurile. Ei aleargă, cotrobăiesc, se caţără peste tot. Fără să-şi dea seama, urmează dictonul că „exerciţiul face pe maestru”. Chiar dacă se întâmplă să cadă, copilul reîncepe mereu ce şi-a propus, pentru ca după reuşită să înceapă altceva. La sfârşitul perioadei de copil mic, el este în stare să execute la comandă mişcări sistematice.

Impresionează vioiciunea şi vitalitatea lui. Reuşeşte să „dea gata” toată familia. Dintr-o nevoie interioară, el este mereu activ. Cu toate acestea, plimbările mai lungi îl obosesc, nu corespund nevoilor lui naturale. La început mişcările sunt stângace, neîndemânatice; apoi sunt domoale, graţioase, treptat devin coordonate.

Mersul şi mişcările mâinilor sunt mai sigure, ceea ce îl face să se mişte tot timpul, să-şi perfecţioneze mersul, apucarea, capacitatea de a explora şi cunoaşte mai mult. Această mobilitate, prin primejdiile pe care le implică, antrenează o schimbare în relaţiile cu adulţii şi îndeosebi cu mama. Până acum raporturile dintre mamă şi copil se limitau la îngrijiri, încurajări, mângâieri. De acum înainte părinţii adaugă în raporturile lor cu copilul interdicţia: NU. Consecinţele psihologice

ale acestei frânări sunt importante. Părinţii sunt datori să folosească cu tact şi discernământ orice interdicţie. În primii 3 ani de viaţă bătaia, certurile, brutalităţile sunt interzise. Este necesar ca un copil să cunoască limitele desfăşurării personalităţii sale (mişcare, joc, refuz etc.), dar absolut necesare sunt: încurajarea, lauda, disponibilitatea de al înţelege şi de al sprijini în tot ce face.

4.1.2. *Dezvoltarea fizică* (*creşterea*)

Greutatea. Creşterea este de circa 200 – 250 g pe lună, respectiv 2,5 – 3 kg într-un an. Unii părinţi se neliniştesc de faptul că trec uneori luni de zile şi greutatea „rămâne pe loc". Mai ales la copiii vioi, jucăuşi, creşterea este mai lentă. Nu are importanţă prea mare greutatea în cazul în care copiii respectivi sunt sănătoşi, cu mucoase bine colorate, cu obrajii roşii, cu privirea vie, cu muşchi bine întinşi („carnea tare"), cu mişcări suple, veseli, cu poftă de mâncare şi somn liniştit. Mai multe probleme se pun la copiii prea graşi decât la cei slabi.

Creşterea în înălţime este de 12 cm. Creşterea este din ce în ce mai înceată; uneori staţionează luni întregi. De abia la prepubertate şi pubertate va reapărea un salt al creşterii. Consumul de proteine animale, de vitamine şi săruri minerale (fructe şi zarzavaturi) influenţează creşterea, dar rolul eredităţii este covârşitor!

Creşterea taliei este mai importantă. Cifrele[7]

---

7 După Institutul de Igienă şi Sănătate Publică din Bucureşti.

de mai jos sunt orientative, cu mari variaţii de la un copil la altul; medicul este singurul în măsură să le interpreteze. Părinţii sunt datori să consemneze în caietul copilului cifrele greutăţii (uneori nu se schimbă câteva luni în şir!) şi ale taliei la 15 luni, 18 luni şi la 24 de luni.

Iată în rezumat, evoluţia dezvoltării fizice şi psihomotorii:

La 15 luni:

Greutate:

– băieţi: mediul urban = 10,70 kg (± 1,02)

mediul rural = 10,50 kg (± 1,13)

– fete: mediul urban = 10,14 kg (± 0,95)

mediul rural = 10,01 kg (± 1,05) *Talie* (înălţime):

– băieţi:

mediul, urban = 78,34 cm (± 3,72)

mediul rural = 77,42 cm (± 3,75)

– fete:

mediul urban = 76,86 cm (± 3,71)

mediul rural = 76,12 cm (±3,61)

La 18 luni

Greutate:

– băieţi:

mediul urban = 11,31 kg (± 1,05)

mediul rural = 11,24 kg (± 1,14)

– fete:

mediul urban = 11,89 kg (± 1,18)

mediul rural = 10,67 kg (± 1,21)

Talie (înălţime):

– băieţi: mediul urban = 80,93 cm (± 3,54)

mediul rural = 80,47 cm (± 4,29)

– fete:

mediul urban = 80,03 cm (± 3,80)
mediul rural = 78,93 cm (± 4,28)
La 24 luni (*2 ani*)
Greutate:
– băieţi:
mediul urban = 12,52 kg (± 1,08)
mediul rural = 12,33 kg (± 1,30)
– fete:
mediul urban = 12,08 kg (± 1,15)
mediul rural = 11,74 kg (± 1,37)
Talie (înălţime):
– băieţi:
mediul urban = 86,19 cm (± 3,47)
mediul rural = 85,08 cm (± 4,48)
– fete:
mediul urban = 84,87 cm (± 3,78)
mediul rural = 83,81 cm (± 4,27)
La 30 luni (*2 ½ ani*)
Greutate:
– băieţi:
mediul urban = 13,70 kg (± 3,80)
mediul rural = 13,32 kg (± 1,37)
– fete:
mediul urban = 13,20 kg (± 1,25)
mediul rural = 12,82 kg (± 1,50)
Talie (înălţime):
– băieţi:
mediul urban = 90,53 cm (± 3,80)
mediul rural = 88,71 cm (± 4,75)
– fete:
mediul urban = 89,40 cm (± 3,90)
mediul rural = 88,56 cm (± 4,68)
La 36 luni (*3 ani*)

Greutatea:
– băieţi:
mediul urban = 14,67 kg (± 1,39)
mediul rural = 14,28 kg (± 1,46)
– fete:
mediul urban = 14,12 kg (± 1,26)
mediul rural = 13,75 kg (± 1,43)
Talie:
– băieţi:
mediul urban = 94,84 cm (± 4,26)
mediul rural = 93,55 cm (± 4,51)
– fete:
mediul urban = 93,35 cm (± 4,01)
mediul rural = 92,33 cm (± 4,33)

Dentiţia. Incisivii laterali apar între 10 luni şi 1 an; între 1 an şi 18 luni apar primii 4 premolari; în sfârşit, între 16 şi 24 de luni apar caninii. Ordinea de erupţie poate fi neregulată. Şi la această vârstă erupţia dentară se poate însoţi – la unii copii – de durere locală, de o secreţie salivară mai abundentă, de iritabilitate, de scăderea apetitului. Este însă o greşeală să se pună pe seama erupţiei dentare tulburări mai serioase ca: febra, îmbolnăvirile mai grave, diareile, insomniile.

4.1.3. *Dezvoltarea psihomotorie*

Creşterea creierului este mai lentă. Dacă perimetrul cranian a crescut cu 12 cm în primul an, în al II-lea an el creşte cu 2 cm. La sfârşitul primului an creierul are aproximativ 3/5, iar la

sfârşitul celui de al II-lea an 4/5 din volumul creierului adultului.

Motricitatea. Nevoia de mişcare s-a manifestat încă din perioada de sugar. În cel de al II-lea an, această nevoie se accentuează. Copilul se târăşte, se agaţă, merge de-a buşilea, se „plimbă” prin toată camera. Către vârsta de 1 an şi în trimestrul al V-lea de viaţă face primele încercări de a păşi, susţinut de cineva. Se încumetă să se deplaseze singur de la o mobilă la alta, se amuză chiar să se sprijine pe ambele picioare şi să rămână astfel câteva momente; se clatină, şovăie. Este momentul în care trebuie învăţat să meargă.

Copilul poate fi sprijinit ţinându-l la început de umeri sau axile, apoi de mâini, cu braţele întinse în sus, iar după aceea, poate fi ajutat, ţinut numai de o mână. După câteva săptămâni de „antrenament” reuşeşte să meargă singur. Cade des; dacă se loveşte mai violent, dorinţa de a merge este amânată pentru câtva timp. Timp de câteva luni, el merge cu picioarele depărtate (cu bază largă de susţinere), uneori cu braţele întinse pentru a-şi menţine echilibrul. (La 1 ½ ani începe să alerge câte puţin, flectând picioarele; la 2 ani aleargă cu uşurinţă.)

Cei mai mulţi au încă un mers nesigur şi de aceea îşi satisfac nevoia de mişcare, deplasându-se în 4 labe.

Dacă intervin incidente, stagnări, scurte perioade de regresiune, părinţii nu vor intra în panică, nul vor forţa. Orice progres trebuie să vină de la sine. Nicio maturaţie nu urmează un ritm

absolut regulat. La fiecare cădere, copilul va fi calmat, încurajat. Reacţiile părinţilor sunt foarte importante în elaborarea personalităţii lui. O cădere violentă, o „ceartă” a tatălui, o reacţie catastrofică a mamei la insuccesele copilului amână cucerirea posibilităţii de a merge. În general, la 12 – 15 luni copilul este capabil să meargă singur; la 18 luni poate chiar să fugă greoi. La 18 luni poate urca pe scări, ţinut de o mână, treaptă cu treaptă. La 20 de luni poate să coboare ţinut de o mână şi chiar să se urce ţinându-se de balustradă. La 24 de luni poate fugi bine, având însă tendinţa de a cădea des. Între 18 şi 24 luni este vârsta de „umblat de colo până colo” şi de aceea necesită o supraveghere permanentă.

Între 10 luni şi 14 luni, din poziţia verticală, sprijinindu-se cu o mână (de gratiile patului, ajutat de un adult etc.), copilul se apleacă şi cu cealaltă mână ridică o jucărie fără să-şi piardă echilibrul. Spre 15 luni, de cele mai multe ori, fără să se mai sprijine, reuşeşte să ridice un obiect. Între 1 ½ şi 2 ani apucă şi aruncă mingea cu ambele mâini şi apoi o rostogoleşte cu piciorul. Între 2 şi 3 ani prinde şi aruncă mingea spre mamă. Execută mici ordine şi reuşeşte să aducă un pahar cu apă fără să-l verse.

Paralel cu perfecţionarea motricităţii generale (globale) se dezvoltă şi motricitatea fină. Copilul devine din ce în ce mai îndemânatic! Am văzut că la sfârşitul primului an de viaţă reuşeşte să apuce obiectele mici cu vârful degetelor. Acum se apropie de orice obiect, îl apucă, fie cu toată

mâna, fie cu degetele, şi adesea îl duce la gură. Gura rămâne încă un organ de cunoaştere!

Fig. *4.1* – Către vârsta de 2 ani mersul este mai sigur; copilul poate lovi un balon cu piciorul.

Fig. *4.2* – Începe să-i facă plăcere să tragă o jucărie după el.

Fig. *4.3* – în tentativele de a merge, deseori se dezechilibrează şi cade.

Fig. *4.4* – Scotoceşte peste tot.

Alteori, după ce apucă un obiect, loveşte cu el, îl lasă din nou să cadă, îl aruncă sau îl aşază în altă parte. Scotoceşte prin sertare, dulapuri, coşul de hârtii etc. scoţând obiectele. Descoperă scame, gunoaie, firimituri. Apare pericolul accidentelor şi intoxicaţiilor! Se află într-o fază de cercetare, de exersare continuă, resimţită de către adulţi ca obositoare şi chiar supărătoare. Intervenţia lor pentru al struni, de a încerca prin cuvinte şi mijloace mai viguroase, de al „face cuminte” au ca efect nu frânarea, ci accentuarea reacţiilor de negativism. Este mai bine ca, în această fază în care copilul cucereşte spaţiul din jurul lui într-un mod supărător pentru adulţi, „activitatea” lui să fie canalizată spre jocuri sau acţiuni comune. Are nevoie de această perioadă de căutări, pentru a avea mai târziu o îndemânare corespunzătoare şi o dorinţă sănătoasă de a munci, precum şi de timp pentru a învăţa să înţeleagă ordinea din lumea

adulţilor.

4.1.3.1. *Motricitatea generală şi fină*

La 15 luni

Se ridică singur, dar mai cade când terenul este denivelat.

– Îngenunchează singur.

– Urcă singur pe scări „în patru labe”; susţinut de o mână, urcă pe scări cu un singur picior (nu le alternează).

– Merge singur; pentru a-şi menţine echilibrul îşi ţine gambele îndepărtate, le ridică sus şi face paşi inegali. Preferă să se deplaseze în „4 labe”.

– Apucă obiecte mici (bile, pietre, nasturi); cu două degete le adună şi le aruncă.

– Construieşte un turn cu două cuburi.

– Deschide cutii.

– Pune degetul în orificii.

– Ridică şi mută dintr-un loc în altul obiecte din cameră, îndeosebi încălţămintea.

– Face zgomot, loveşte obiectele, uneori şi zidurile.

– Face jocuri cu mâinile în oglindă.

La 18 luni

– Merge singur, cade foarte rar.

– Urcă scările fără ajutor, sprijinindu-se de rampă; nu alternează picioarele.

– Se urcă pe un scaun; se agaţă de el şi se aşază; încearcă chiar dacă scaunul este disproporţionat de înalt faţă de puterea lui.

– Se luptă şi încearcă să cucerească mediul fizic: se agaţă de mobile, încearcă să deschidă uşile, scotoceşte peste tot, împinge mobile uşoare prin cameră, „plimbă” prin curte orice i vine în

cale (pietre, mături, obiecte mici, jucării). Urcă şi coboară mereu câteva scări.

– Execută ordine simple.

– Se murdăreşte cu noroi, „zugrăveşte” zidurile cu noroi, cu materii fecale etc.

– Începe să aibă preferinţă pentru o anumită jucărie: un ursuleţ, o păpuşă sau un „fleac” ca o cârpă colorată, o cutie de chibrituri. Vrea să nu se despartă de ele şi uneori adoarme cu ele.

– Are instabilitate motorie şi de preocupări. „Nu stă locului”. Atenţia trece rapid de la un obiect la altul. Nu-i plac jocurile statice sau cât de cât „organizate” de adulţi. Pasiunea lui este să mişte mereu, să exploreze peste tot prin dulapuri, cotloane, prin iarbă, să descopere cele mai mici obiecte (scame, gunoaie etc.). Este o perioadă de mari pericole pentru accidente (prize electrice, apă fiartă, căderi, rostogoliri de obiecte mari, înţepături, tăieturi), intoxicaţii (medicamente, cosmetice, produse de uz casnic etc.).

– Învaţă să mânuiască obiecte din ce în ce mai mici.

– „Experimentează”, aruncând sau lăsând să cadă jucării sau obiecte pe jos. Deschide şi închide poarta; împinge, rostogoleşte sau trage de sfoară jucăriile. Anticipează mişcările (poate utiliza un baston pentru aşi însuşi un obiect sau trage o faţă de masă pe care se găseşte o jucărie).

Fig. *4.5* – Ştie să ţină linguriţa; o umple dar nu reuşeşte să o ducă, plină, la gură.

– Încearcă să se folosească de linguriţă; o umple dar nu reuşeşte să o ducă la gură, plină.

– În general îl interesează numai performanţele motorii.

La 24 luni (*2 ani*)

– Aleargă fără să se mai împiedice.

– Merge dea îndărătelea.

– Adună obiecte de pe jos fără a cădea.

– Urcă şi coboară scările, punând un picior după altul pe fiecare treaptă şi susţinându-se de balustradă.

– Aleargă şi loveşte o minge fără a cădea.

– Poate sări în mod rudimentar, dar adesea cade, corpul său fiind propulsat înainte.

– Combină jocuri, construieşte un turn de 4 – 6 cuburi în echilibru.

– Îi place să se joace în nisip şi foloseşte bine lopăţica, grebla, căruţe, străchini.

– Întoarce foile unei cărţi una câte una.

Fig. *4.6* întoarce foile unei cărţi, una câte una.

– Foloseşte clanţa uşii şi întoarce cheia în broască.

– Îmbracă cu ajutor din partea părinţilor: ciorapi, încălţămintea, cămaşa, pantalonii.

– Se spală pe mâini singur, dar se şterge cu ajutorul părinţilor.

Fig. *4.7* – Ţine creionul cu toată mâna, în poziţie verticală şi trasează linii nesigure. De altfel nu pune preţ pe ceea ce „scrie” şi şifonează hârtia cu aceeaşi plăcere cu care a mâzgălit-o.

– Bea dintr-o cană ţinută cu o singură mână.

– Nu reuşeşte să mănânce cu linguriţa fără a „vărsa” şi pe jos.

La 30 luni (*2 ½ ani*)

– Merge pe vârfurile picioarelor, dacă-i se

cere.

Fig. *4.8* – Spre vârsta de 2 ½ – 3 ani îi place să alerge; este capabil să privească la dreapta şi la stânga.

– La plimbare îi place să fugă, nu mai cade, este capabil să privească la dreapta şi la stânga.

– Sare cu picioarele lipite.

– Poate duce un pahar plin fără al răsturna.

– Se plimbă pe tricicletă.

– Poate lansa o minge mare uşoară la distanta de l? metri: o joacă cu piciorul, fără a o „nimeri** totdeauna.

– Construieşte un turn de 6 – 8 cuburi.

– Ţine un creion cu degetele; creionul este ţinui vertical (nu înclinat, cum o va face mai târziu) şi trasează linii verticale sau orizontale (fig. 4.7)

La 36 luni (*3* ani)

Este vârsta unui fel de „majorat” cum spune Geseli.*Copilul poate fi dus la grădiniţă*!

Se ţine vertical într-un singur picior pentru scurt timp.

– Urcă scările alternând picioarele şi coboară după ce le aduce pe amândouă pe o singură treaptă: numai circa *25%* din copii alternează picioarele şi la coborâre. La ultima treaptă sare.

Fig. 4.9 – La 3 ani copilul poate urca scările alternând picioarele.

– Încearcă să danseze (cu oarecare lipsă de echilibru).

– Construieşte un turn de 8 – 10 cuburi.

Fig. *4.10* – Suprapune cu uşurinţă mai multe cuburi.

– Poate desemna un cerc.

– Se îmbracă şi se dezbracă singur; la încheierea nasturilor trebuie încă ajutat. Se încalţă singur şi unii dintre ei reuşesc să-şi lege şireturile; majoritatea le dezleagă singuri. Deosebesc încălţămintea stângă de cea dreaptă.

– Bat cu ciocanul şi reuşesc să bată cuie mari într-un orificiu. Într-o crăpătură a unei scânduri.

4.1.3.2. *Dezvoltarea psihică*

Progresele din al 2-lea an de viaţă sau pregătit de multă vreme. Încă din ultimele luni ale primului an apare la copil plăcerea de a fi luat în seamă şi de a reuşi „câte ceva”, prin tentative dirijate în mod discret de către mamă. Activitatea se face cu un scop şi în anumite condiţii: organizarea conduitei în funcţie de rezultate. Copilul reîncepe experienţele care iau reuşit şi le elimină pe celelalte; mai mult, el introduce variante din ce în ce mai diferenţiate. De exemplu, copilul îşi dă seama că un obiect care cade face im zgomot mereu acelaşi: el stabileşte relaţia între cauză şi efect. Astfel, se formează judecata care selecţionează încercările reuşite (motive de plăcere).

Când se poate spune că un copil este întârziat? Atunci când nu îndeplineşte câteva condiţii minime: *a*) la 2 ani nu pronunţă încă 3 cuvinte şi nici nu ştie să arate prin gesturi două persoane apropiate sau 3 – 4 obiecte din cameră; *b*) nu se poate aşeza şi ridica singur; c) contactul social şi afectiv cu lumea înconjurătoare este atât de slab încât copilul nu poate diferenţia o vorbă blândă de un „nu”! categoric; *d*) nu urmăreşte obiectele situate sau purtate lateral şi nu încearcă să le apuce; *e*) nu trăieşte situaţii „de aşteptare” (jocul „de-a cucu”); f) în timpul alimentaţiei nu se stabileşte niciun contact cu persoana care-l hrăneşte; *g*) copilul consumă numai alimente lichide; *h*) nu urmăreşte vorbele, feţele şi activităţile persoanelor din jur.

4.1.4. *Comportamentul* a) *Vârsta lui NU*

(„*Neinalter*”). Începând din luna a 15-a se anunţă dobândirea lui „nu”. Copilul se deplasează „în 4 labe” sau chiar merge nesprijinit, devine mai independent şi câteodată prea curajos; încep reproşurile şi unele mame îl transformă într-un obiect al interdicţiilor. Mama îi spune mereu „nu”, „nu”, clătinând capul. Copilul o imită, şi acest gest de refuz capătă valoarea unui sens al vorbirii (valoare semantică). Este prima idee abstractă care se cristalizează în gândirea copilului. De acum înainte, copilul poate fi educat. Refuzul mamei, sau interdicţia folosite cu discernământ, fără agresivitate şi numai începând din a doua jumătate a celui de al doilea an, sunt binevenite pentru copil. Formarea eului se întăreşte din frustrări, din refuzuri, capitale pentru dezvoltarea mintală a copilului.

b) *Vârsta distrugerii* („*Zerbrechenalter*” după pediatrii germani). Cu mersul lui încă nesigur, copilul răstoarnă sau distruge obiecte, scoate cărţi din bibliotecă, rupe ziare, mâzgăleşte pereţii etc. Văzute prin prisma adulţilor, acestea sunt acţiuni distructive. De aceea să şi vorbit despre o fază distructivă, de o „vârstă a distrugerii” sau „vârsta fărădelegilor”. Trebuie însă subliniat că la copil nu s-a conturat noţiunea de stricăciune şi de distrugere; el se bucură de toate acţiunile lui, le încearcă neîncetat, cercetând şi cucerind treptat lumea înconjurătoare.

c) *Vârsta întrebărilor*. Începând din al 3-lea an de viaţă şi continuând şi în anii următori, progresele limbajului sunt favorizate de aşa-numita vârstă a lui „de ce”? Prin răspunsuri

răbdătoare la întrebările „ce este”, „de ce” etc., părinţii vor contribui la crearea echilibrului său interior, siguranţei de sine şi a unor programe vizibile în capacităţile de comunicare şi cunoaştere.

d) *Imaginaţia* devine mai vie şi mai colorată. Se conturează diferenţe individuale, în funcţie de înzestrare şi de mediu. Unii par să aibă o imaginaţie săracă, abia îndrăznesc să părăsească terenul realităţilor sigure, alţii dau drumul fanteziei într-un mod plastic şi viu. La aceştia din urmă există o strânsă legătură între lumea simţurilor şi lumea dorinţelor, putând duce la tot felul de poveşti, invenţii etc. Unii părinţi se sperie văzând în acestea o predispoziţie la „minciună”, înaintând în vârstă, copilul se convinge că povestirile şi relatările lui trebuie să fie adevărate. Dar pentru moment el nu poate face deosebire între realitate, fantezie, aparenţă şi adevăr. Pentru copil, tot ce îl preocupă în interior, este real.

e) *Prima fază de încăpăţânare* (numită astfel pentru a o deosebi de a doua perioadă conflictuală situată la 12 – 13 ani). Unii autori se întreabă dacă denumirea este fericit aleasă, deoarece „încăpăţânarea” este adesea asociată cu o semnificaţie negativă. S-ar putea vorbi mai degrabă de o perioadă de încercare sau de perseverare pentru consolidarea voinţei care se trezeşte, subliniindu-se mai mult aspectul pozitiv al achiziţiei pentru dezvoltarea generală a copilului. Reacţiile negative ale copilului devin mai frecvente, mai ales în ceea ce priveşte mâncarea, adormirea şi deprinderea de a fi curat. Acest

negativism se datorează greşelilor şi mai ales rigidităţii părinţilor. După alţi autori, copilul îşi manifestă foarte des încăpăţânarea fără un motiv precis. S-ar părea că încearcă doar să constate cât de mult poate să se opună, să spună nu, să refuze de a face ceea ce i se cere. În realitate, pentru copil este o problemă serioasă de afirmare a propriei personalităţi. S-ar părea că atunci când nu cedează şi nu se supune altora, el caută să vadă dacă mai este iubit.

f) *Spiritul „conservator”*. Strâns legată de perioada aceasta a „nu”-ului este tendinţa conservatoare foarte marcată a copilului, care poate îmbrăca forme hazlii sau de încăpăţânare. Copilul manifestă o grijă exagerată ca totul să fie făcut la fel. Masa, îmbrăcarea, culoarea, curăţenia „trebuie” să se desfăşoare într-un anumit fel, cu acelaşi ritual. Mama trebuie să pună lucrurile la loc, deşi el însuşi nu arată tendinţă marcată spre ordine. Cerinţele copilului se adresează celor din jurul lui. Povestea care se spune la culcare trebuie reprodusă identic cu textul din ziua precedentă. Poate fi repetată la nesfârşit. În felul acesta, copilul verifică „corectitudinea” altora şi savurează propriile sale cunoştinţe. Uniformitatea acestor acte reprezintă pentru copil un punct de siguranţă, de căldură şi de confort sufletesc.

g) *Cel de al treilea an de viaţă* este atât de plin de contradicţii, încât nu este de mirare că dificultăţile enumerate mai sus nu pot fi depăşite cu uşurinţă. Este necesară o mare răbdare şi înţelegere din partea adulţilor. Cei mai mulţi copii se dovedesc receptivi la laude sau critici. De

asemenea, deşi sunt conservatori, prezintă un viu interes pentru tot ceea ce este nou, pentru variaţie. Tandreţea şi încrederea se succedă cu momente de refuz total de colaborare, chiar de duşmănie. Dorinţa de a acţiona independent cu orice prilej este din ce în ce mai netă; adesea afirmă „pot şi singur”.

Limbajul. În dezvoltarea vorbirii se înregistrează progrese mari. De la pronunţarea de sunete, de exclamaţii, de cuvinte izolate, copilul va trece la elaborarea de propoziţii cu 2 – 3 sau chiar mai multe cuvinte. Apare un limbaj particular copilului, cu deformări şi invenţii originale, care-i conferă o posibilitate mai largă de exprimare şi de a pune întrebări.

Pentru a numi un obiect, pentru a avea „noţiuni”, copilul trebuie mai întâi să înţeleagă. Etapa de cercetare şi cucerire a lumii din jurul lui favorizează mult dezvoltarea limbajului. O altă premisă obligatorie este ca auzul să fie normal. Când, în familie sau în creşă, vorbirea este o verigă permanentă de legătură dintre diferiţii membri, când copilul este înconjurat de o atmosferă de calm, afecţiune şi înţelegere, cele auzite reprezintă un stimul, dezvoltarea vorbirii este favorizată. Dimpotrivă, scandalul, ţipetele, „scenele” fac pe copil să nu înţeleagă, iar cuvintele auzite sunt asociate cu sentimente negative. În astfel de cazuri, se observă întârzieri de vorbire. Trebuie subliniat că la această vârstă copilul trăieşte într-un mod particular denumirile şi numele. Pentru el, numele reprezintă însăşi persoana sau obiectul. Dacă este denumit un

animal, o persoană sau un obiect prezent, atunci această prezenţă devine mai vie.

Mai târziu, dacă un adult îi spune denumirea unui obiect, el îl recunoaşte, îl cere sau se deplasează şi-l aduce mamei. Astfel, copilul îşi creează lumea care-l înconjoară, apoi, puţin câte puţin, dă un nume obiectelor şi fiinţelor care populează această lume.

Întârzierea vorbirii. Normal un sugar pronunţă 3 – 5 cuvinte bisilabice („tata”, „mama”, „meme”, „papa”) în luna a XII-a, iar la 18 luni are un vocabular de circa 18 – 20 cuvinte, în general mono şi bisilabice. Există însă o mare variabilitate în ceea ce priveşte momentul când copilul pronunţă cuvintele şi mai ales vârsta la care începe să vorbească curgător. În practica medicală, întâlnim foarte mulţi copii care nu au „început să vorbească”. Adesea medicul, psihologul sau logopedul sunt consultaţi dacă nu este vorba de un copil mut sau înapoiat. Trebuie precizat, de la început, că muţenia nu se întâlneşte decât în cazurile de surditate, de suferinţe grave ale sistemului nervos (hemoragii ale creierului la naştere sau după traumatisme, infecţii grave ale sistemului nervos, unele boli ereditare, intoxicaţii cu unele medicamente). În cazurile de suspiciune de surditate, serviciile de audiometrie din clinicile O.R.L. precizează diagnosticul.

La a doua problemă, dacă întârzierea apariţiei limbajului este un semn de înapoiere mintală, medicul răspunde cu toată circumspecţia după o discuţie amănunţită asupra dezvoltării

fizice şi maturării psihice a copilului, urmată de un examen clinic competent. Există un limbaj pasiv (copilul înţelege şi asociază) şi unul activ (exprimarea prin cuvinte). Orice copil care ştie să arate (în jurul vârstei de un an) persoanele din anturajul apropiat sau aduce un obiect cunoscut când i se cere (execută un ordin), va fi considerat, după părerea noastră, ca normal. Am întâlnit copii care până la 2448 de luni pronunţau puţine cuvinte sau chiar nici măcar un cuvânt, cu ajutorul căruia să comunice vreun gând. Ei auzeau şi ştiau tot ce se vorbeşte, executau mici ordine, îşi exprimau dorinţe sau proteste prin semne, când auzeau ceva ce nu-i privea.

Înainte de a apărea cuvintele convenţionale, unii copii au o întârziere în dezvoltarea vorbirii inteligibile, au un jargon propriu bogat; acest jargon („pe limba lui”) are adesea intonaţiile şi nuanţele vorbirii umane, dar sunetele nu transmit ceva ce poate fi înţeles de cei din jur. Amintim că unele personalităţi ale lumii au vorbit foarte târziu (Lucian Blaga, Thomas Carlyle, Albert Einstein, Thomas Edison etc.).

La copiii normali, la care vorbirea este în întârziere, spre 18 – 24 de luni survine o schimbare bruscă, încât ajung să pronunţe cuvinte şi să exprime înţelesuri, ca şi copiii cu vorbire neîntârziată. Astfel, unii „muţi”, care de fapt erau copii normali, reuşesc ca la a doua aniversare a zilei de naştere să exprime propoziţii din trei cuvinte. Subiectul acestor propoziţii este adesea „eu” sau numele său. Ca o compensaţie, după ce „şi-au dat drumul”, aceşti copii vorbesc toată ziua.

Recomandăm să nu se facă observaţii şi să nu se corecteze cuvintele deformate de copil; totodată adulţii nu vor imita pe copil, întrebuinţând limbajul lui infantil.

Situaţii în care se vorbesc două limbi într-o familie. Aproape în toate cărţile de specialitate se atrage atenţia că, pentru a nu întârzia progresele limbajului la copil, este bine să se vorbească o singură limbă. În ultimul timp se susţine (opinie acceptată şi de autorul acestei cărţi) că unui copil i se poate vorbi de la început în ambele limbi, cu condiţia ca aceeaşi persoană să vorbească în permanenţă în limba respectivă; mama în limba maternă (de exemplu: limba română, maghiară, germană, sârbă), iar tatăl în limba pe care o cunoaşte. În acest fel, copilul se va obişnui din timp să se adreseze şi să răspundă părintelui respectiv, în limba pe care acesta a folosit-o iniţial. Copilul învaţă de la început două limbi, ceea ce prezintă mare importanţă în lumea modernă.

Spre vârsta de 3 ani posibilităţile de exprimare se perfecţionează, mai întâi limbajul înţeles şi apoi cel vorbit (fonetic), care este impresionant de variat. Un copil de care se ocupă părinţii şi care aude cuvinte multe şi variate în familie (fraţi!) posedă un bagaj lexical mai bogat decât cei care sunt îndemnaţi să înveţe. Propoziţiile se structurează puţin câte puţin, dar sunt încă „agramaticale”. Copilul face „greşeli” în ceea ce priveşte succesiunea cuvintelor, nu le uneşte, nu pronunţă prepoziţii şi conjuncţii. Propoziţiile sunt scurte.

4.1.5. *Limbajul şi sensibilitatea normale*

***între 1 şi ani* (*schema*)**

La 15 luni

– Ştie să arate obiecte şi persoane cunoscute. Dacă i se cere „aduce” obiectele pe care le poate duce.

– Bagajul de cuvinte „înţelese” este de câteva zeci, în timp ce limbajul vorbit (lexical) nu depăşeşte la unii copii 10 cuvinte.

– Apare începutul vârstei lui „nu”.

– Încearcă să mănânce singur. Ţine ceaşca înconjurând-o cu degetele de la ambele mâini. Foarte des o înclină şi o varsă.

– Scufundă linguriţa în castronaş, dar nu o umple bine. Adesea o varsă înainte de a o duce la gură.

La 18 luni (*1 ½ ani*)

– Înţelegerea se dezvoltă mai rapid decât expresia.

– Bagajul de cuvinte este de 10 – 20 de cuvinte. Repetă cuvinte cu 2 silabe. Are memoria a circa 200 cuvinte (le înţelege, dar pronunţă numai câteva!).

– Reacţionează când se face „papa”, se leagănă.

– Subliniază cuvintele prin gesturi.

– Este foarte tandru cu mama: este „umbra” mamei pe care doreşte să o aibă mereu în „societatea” lui.

– Arată animale (la început pe cele cunoscute şi în mediul lui înconjurător: pisica, câinele, calul, păsări etc.) şi obiecte, îndeosebi maşinile.

– Foloseşte propoziţii compuse numai din adjective şi nume (fără predicat). Pronunţă numai

cuvinte concrete (câteva părţi ale corpului, obiecte din cameră, îmbrăcăminte).

– Arată obiecte simple: încălţămintea, maşini, baloane, păpuşi etc.

– La cerere poate atinge organe ale corpului său, ale mamei: nas, gură, ochi.

– Execută ordine simple: „adu maşina la mama” etc.

– Unii încep să spună când „s-au udat”; este primul semn al controlului sfincterelor. Cei care au fraţi mai mari se vor deprinde mai repede să folosească oliţa. Imitaţia este superioară tuturor celorlalte „metode” de a-l face pe copil să fie curat!

– Începe să se „alinte” şi să facă „mofturi” la masă, prelungind-o.

– Oboseala, somnul, singurătatea şi-o manifestă prin suptul degetului sau a suzetei.

– Duce bine ceaşca la gură şi reuşeşte să bea dintr-odată sau în etape tot conţinutul. După ce sorb numai puţin, dau ceaşca mamei; majoritatea o lasă să cadă jos. Cei mai mulţi nu reuşesc să ducă linguriţa la gură; când o apropie de gură, o întorc şi răstoarnă conţinutul.

La 24 luni (*2 ani*)

– Formează propoziţii cu 3 cuvinte. Bagajul de cuvinte este de 100 – 200 de cuvinte. Lărgirea vocabularului se face pe seama numelor concrete. Apare întrebarea: de ce?

– Se desemnează prin prenumele său la persoana a 3-a; puţini folosesc: „eu, tu, al meu”.

– Foloseşte sistematic „nu”, ceea ce îi permite să se opună la anturaj.

– Face propoziţii interogative.

– Începe să povestească.

– Ascultă cel puţin 4 ordine elementare.

– Afecţiune marcată (vizibilă) pentru mamă.

– Se joacă aproape de copii, dar singur. Nu este gelos pe jucăriile altor copii. Se comportă ca şi cum ceilalţi copii ar fi obiecte pentru a-i strânge în braţele lui sau pentru a-i respinge. Excepţie fac fraţii, mai ales cei mari pe care îi caută şi-i imită. Încearcă să-şi facă prieteni printre alţi copii, se apropie de ei dar nu ştie cum să-i ia; îi îmbrăţişează (uneori prea strâns!) sau dintr-odată începe să-i bată, să-i îmbrâncească sau să-i muşte! Este stadiul „jocului paralel”, nu există interacţiune cu ceilalţi copii chiar dacă au activitate identică (într-o groapă cu nisip, fiecare copil se joacă singur). Singura interacţiune (frecventă) este de a apuca jucăria celorlalţi (lopăţică etc.), de ai lovi cu jucăria sau cu piciorul, de ai trage de păr sau de ai muşca. În aceste conflicte, rar cere ajutorul adulţilor.

– Îi place să înveţe să se dezbrace. În schimb, protestează adesea când este îmbrăcat şi nu vrea să colaboreze. Îi place să stea mai mult gol şi desculţ.

– Identifică 3 imagini când i se cere „ce este asta?” şi 5 imagini când i se cere „unde este…?”

– Nu vrea să „împartă” cu nimeni. Are un simţ foarte bine conturat a ceea ce este al lui, dar nu este conştient de ceea ce este al altora.

– El devine curat când începe să ceară „oliţa”, fetele mai repede decât băieţii.

– În continuare îi place să „zugrăvească”

pereţii, să intre prin bălţi şi noroi, să-şi „murdărească” mâinile cu mâncare.

– Îşi suge din ce în ce mai puţin degetul. Îşi anunţă însă în continuare oboseala sau nevoia de somn prin suptul degetului.

– Nu deosebeşte „binele” de „rău”, şi de aceea nu înţelege sensul ameninţărilor şi/sau al pedepselor corporale.

– Este mândru de performanţele sale motorii (alergare, transportul sau rostogolirea unor obiecte mai grele, aruncatul cu pietre, rostogolirea roţilor şi a mingiilor, împingerea căruciorului, răsturnarea mobilelor etc.).

– Îi place să i se povestească istorioare şi să privească în cărţi cu poze.

– Nu-i place când părinţii îl părăsesc.

– Îi place să se joace cu maşini, să tragă trenuri cu vagoane sau cu cuburi de gheaţă, să introducă bile sau pietricele într-o cutie pentru a o răsturna apoi; fetele preferă păpuşile.

– Imită pe părinţi.

– Începe să aibă un anumit „ritual la culcat”: jucărie preferată, prezenţa unui adult, lumina aprinsă, sărutul mamei etc.

– Se recunoaşte în oglindă.

– Ştie că obiectele există încă, chiar dacă nu le vede, datorită reprezentării mintale. Un copil anunţă dinainte, în timpul unei plimbări, când urmează un pod, o statuie, o curte cu păsări etc. chiar la interval de 2 – 4 săptămâni.

La 30 luni (*2 ½ ani*)

– Bagajul de cuvinte este după Hellbrügge de 500 cuvinte, iar după Pierre Debray-Ritzen de

1.000 cuvinte.

– Arată obiecte indicate verbal sau definite prin folosire (cu ce?). Domină întrebările de ce? şi mai rar: unde? când?

– Vorbirea este încă de „bebe”.

– Foloseşte cuvintele pentru a vorbi singur. Începe să folosească „eu”, „mie”, „tu”. Apariţia lui „eu” între 2 ½ şi 3 ani constituie o etapă importantă, necesitând o conştienţă clară a noţiunii „meu”. Copilul începe să dezvolte conceptul „al meu”, pornind de la comportamentul persoanelor care au o semnificaţie pentru el (mai ales părinţii). El începe să devină conştient de el însuşi ca individ şi începe să controleze unele aspecte ale comportamentului său cu scopul de a se conforma exigenţelor sociale.

– Îşi spune prenumele şi numele.

– Ajută la aranjarea obiectelor.

– Merge la closet; dacă scaunul closetului este situat mai jos se urcă pe el; nu poate să se şteargă singur. La noi în ţară, majoritatea copiilor de 2 ½ ani folosesc oliţa.

– Începe să fie curat şi noaptea. În cursul zilei, dacă este cufundat în joc, „uită” şi anunţă că este „ud” prea târziu.

– Deosebeşte culorile.

– Afecţiunea se manifestă cu ceremonialul sărutului. Unii sunt deosebit de agresivi faţă de străini sau de alţi copii. Este gelos pe fraţii mai mici.

– Demontează sau strică obiecte.

– Ţine la o anumită ordine şi la unele ceremoniale.

La 36 luni (*3 ani*)

– Bagajul de cuvinte este după Hellbrügge în jur de 1.000 de cuvinte, iar după P. Debray-Ritzen de circa 1.500 cuvinte.

– Începe să folosească substantive abstracte (culoare), noţiuni spaţiale (afară, înăuntru) şi adjective la dimensiuni (mare, mic); sunt rari copiii care înţeleg noţiunile de trecut, prezent şi viitor.

– Poate fi dirijat prin cuvinte.

– Se interesează de cuvinte noi.

– Întreabă fără încetare (*De ce*?).

– Ştie care este sexul său.

– Ştie bine numele de familie.

– Recunoaşte 8 imagini dacă-i se cere.

– Foloseşte pluralul.

– Începe să folosească articolele, pronumele şi adverbele.

– Numără până la 10.

– Vorbeşte curgător şi cu încredere fără să se sinchisească dacă-l ascultă cineva.

– Cunoaşte câteva cântecele pentru copii.

– Se joacă cu alţi copii şi se socializează progresiv. Acceptă să-şi aştepte rândul.

– Reproduce construcţia unui pod cu 3 – 5 cuburi.

– Încearcă să deseneze o imagine.

– O mare parte nu se mai „udă” noaptea.

– Păzeşte cu străşnicie ritualul culcării. Poate avea frică de întuneric şi de animale.

– Este în plină criză de personalitate şi se opune viguros altora pentru a se afirma.

Percepţia lumii înconjurătoare

La 18 luni (*1 ½ ani*)

Observă activităţile adulţilor, le imită. Urmăreşte la fereastră persoane, maşini, avioane, păsări, animale etc. La plimbare îl „pasionează” să „descopere” şi să privească animale sau păsări. Încearcă să le imite.

La 24 luni (*2 ani*)

Se bucură de un obiect în mişcare. Regăseşte într-o carte şi recunoaşte pe un desen diferite animale şi obiecte; ştie să le arate (fig. 4.11). Imită bine animalele şi zgomotul maşinilor.

La 30 luni (*2 ½ ani*)

Observă de departe maşini, trenul, statui, clădiri mai deosebite, curţile cu animale. Recunoaşte animale şi anumite lucruri pe un drum cunoscut lui.

Fig. *4.11* Recunoaşte pe un desen diferite animale sau obiecte şi ştie să le arate.

Fig. *4.12* – Fixează hârtia cu o mână şi încearcă să traseze linii mai drepte şi/sau să copieze un cerc.

La 36 luni (*3 ani*)

Poate „citi” poza dintr-o carte. Observă activitatea mamei la bucătărie şi a tatălui în curte, în grădină sau în garaj. Îi imită. Îi place „să participe” („să facă treabă”) ca şi adulţii.

Ţine creionul mai corect, fixându-şi hârtia cu cealaltă mână. Trasează linii ordonate, ca raza unui cerc. Este începutul desenului „omuleţului”.

4.1.6. *Alimentaţia*

Raţia alimentară. În cursul celui de al II-lea an, copilul devine capabil să mănânce şi să digere cea mai mare parte a alimentelor. Alimentaţia sa tinde să se apropie de cea a adulţilor. Raţia calorică scade acum la 70 – 80 calorii/kg corp în 24 ore. Din hrana zilnică

1 Vezi şi „Alimentaţia (şcolar mic, adolescent) 14, pag. 248 – 252 şi „Alimentaţia la preşcolar” (pag. 212 – 214).

trebuie să facă parte toate principiile alimentare: proteine, hidrocarbonate, grăsimi, săruri minerale, vitamine, fibre vegetale.

Raţia de lapte este de circa 400 – 500 ml pe zi; laptele se fierbe în mod obligatoriu, chiar dacă se prepară din lapte praf. La copiii care refuză să primească laptele, se va încerca înlocuirea cu alte derivate de lapte (iaurt, lapte bătut, brânzeturi). Este bine să se dea zilnic carne la masa de prânz; în locul acesteia, se poate da peşte, un ou, brânză proaspătă. De altminteri, 50% din proteine trebuie să fie de origine animală. Oul poate fi fiert tare, moale cu albuş, sau bătut sub formă de omletă, cu condiţia să fie proaspăt. De teama excesului de colesterol (la originea aterosclerozei de mai

târziu), unii nutriţionişti recomandă numai 2 – 3 ouă pe săptămână. Este indicat să se asocieze zilnic grăsimi de origine animală (unt) cu grăsimi vegetale (ulei de floarea soarelui sau ulei de porumb) sau cu margarină.

Hidrocarbonatele (cereale, cartofii etc.) sunt folosite zilnic. Se preferă hidraţii de carbon în forma lor naturală (fulgii de ovăz, fulgii de porumb, grişul), produsele de brutărie preparate din cereale complete (ca făina integrală). Se oferă în cantităţi reduse dulciurile rafinate (zahăr, bomboane, prăjituri etc.).

Fructele şi zarzavaturile sunt absolut necesare în alimentaţia de fiecare zi. Unii copii mici au încă dificultăţi de masticaţie; la aceştia fructele se vor da sub formă de sucuri şi pulpă rasă sau terciuită; fructele şi zarzavaturile fierte se strivesc cu o furculiţă; pot fi diluate cu lapte sau amestecate cu unt sau cu cereale instant, biscuiţi. Lichidele se vor da ori de câte ori doreşte copilul; în anotimpurile calde se va mări cantitatea de fructe (sucuri, pulpă rasă şi diluată cu sucurile, fructe de sezon bine coapte). Mierea este la mare modă în ţara noastră, atribuindu-i-se efecte miraculoase, nu toate fundamentate ştiinţific. La copiii cu tendinţă la constipaţie, zahărul poate fi înlocuit cu miere (inclusiv la îndulcirea laptelui); de asemenea, mierea se poate da, pe tartine de pâine cu unt. Ciocolata se va da cu prudenţă, în cantităţi mici şi numai în prima jumătate a zilei (poate produce agitaţie); dacă e veche, duce la apariţia de urticarie şi/sau tulburări digestive. Prăjiturile de cofetărie, de bună calitate şi

proaspete, pot fi consumate ca desert (nu între mese!), sau la gustarea de după-amiază. Frişca se alterează foarte uşor şi este un mediu de cultură excelent pentru microbi. Se dă apă sau ceai neîndulcit cât şi cum vrea (inclusiv în timpul meselor).

Copilul peste vârsta de un an poate primi ca desert: fructe, compoturi, dulceaţă, gemuri, prăjituri de casă.

Cafeaua, vinul, ţuica, berea, ceaiul rusesc sunt contraindicate. Sucurile preparate industrial se dau cu circumspecţie. Se pot da băuturi răcoritoare, inclusiv ape carbogazoase (apă de masă, sifon).

Orarul meselor.

Masa de dimineaţă se dă imediat ce se trezeşte copilul. Dacă este lăsat să aştepte, se enervează sau se preocupă de altceva şi apoi refuză să mănânce. Se dă lapte simplu sau lapte fiert cu un făinos (griş, zeamil, biscuiţi măcinaţi, fulgi de porumb), cacao, cereale instant, cu cafea de malţ etc. Se foloseşte făinosul preferat de copii. Laptele nu va fi îndulcit prea mult; unii copii îl preferă neîndulcit. Dacă insistă să-l primească cu biberonul, li se va satisface această comoditate. Celor care refuză laptele, li se poate da ceai şi tartine cu brânză (de vaci, topită etc.), unt şi miere sau gemuri, eventual un ou moale.

La ora 10 se pot da fructe, o tartină mică sau nu se va da nimic.

Masa de prânz cuprinde un pireu de legume (cartofi, morcovi, spanac, mazăre verde, fasole verde, conopidă, dovlecei). Spre sfârşitul anului al

II-lea începe să aprecieze consistenţa şi gustul cartofilor prăjiţi (se evită la copiii cu tendinţă la obezitate, având o mare valoare calorică). Zilnic, pireul va fi asociat cu carne sau un ou proaspăt. Prânzul se poate încheia cu o ceaşcă de supă de carne strecurată şi ca desert fructe, compot sau o prăjitură de casă. Pentru variaţie, felul întâi poate fi o ciorbiţă cu carne de pasăre sau perişoare, felul doi legume soté, sau preparate cu sos alb. Masa de prânz este bine să se dea pe la ora 11,30 – 12.

După-amiază (*gustarea*): lapte, iaurt, prăjituri de casă, biscuiţi, compoturi sau fructe (ultimele sunt de preferat).

Seara se va servi masa pe la orele 19 – 19,30. Se va da fie ca dimineaţa, fie o budincă (orez, griş, paste făinoase), mămăliguţă cu unt şi brânză, compot, o prăjitură de casă. Se poate da parizer, crenvurşti, şuncă de Praga sau alte preparate de carne de bună calitate.

Apetitul

În primul an de viaţă sugarul ţipă de foame, aceasta fiind manifestarea unei necesităţi a corpului. După un an, apetitul implică o participare sufletească; aşteaptă să mănânce; îi place o mâncare pentru că îşi aminteşte de mirosul, de aspectul, de gustul ei, de cadrul plăcut în care la dat mama să mănânce. Unii copii preferă să fie serviţi numai de o anumită persoană din familie. Există o mare variabilitate a apetitului la copiii mici. Se pot face o mulţime de consideraţii asupra acestor variaţii: o mamă cu discernământ psihologic, în colaborare cu un medic experimentat, pot descoperi cauzele şi găsi

soluţiile la fiecare caz în parte. Punerea în practică este mai greu de realizat, deoarece în condiţiile vieţii moderne de emancipare pe toate liniile, copilul este îngrijit adesea de mai multe persoane, cu stiluri şi idei diferite şi, mai ales, cu răbdare şi putere de dăruire inegale.

Un copil care mănâncă bine are toate şansele să fie sănătos, să crească bine, să fie mereu activ şi să-şi satisfacă nevoia de mişcare şi cunoaştere. Părinţii, asistentele pediatre, educatoarele, trebuie să pornească de la realitatea că la această vârstă apetitul este foarte diferit de la un copil la altul. La acelaşi copil se observă şi variaţii în modul cum mănâncă, de la o zi la alta şi chiar de la o masă la alta. Nu este vorba de un copil dificil şi nici de un apetit capricios, ci este apetitul normal al fiecărei fiinţe umane. În plus, se adaugă acum instabilitatea psihică şi motorie a vârstei. Mama era deprinsă cu sugarul care-şi primea biberonul obişnuit la ora potrivită, cu acelaşi ritual şi cu acelaşi preparat timp de săptămâni şi chiar luni de zile. Acum are de-a face cu o mică personalitate, cu preferinţe şi pofte. Aşa cum respectă preferinţele culinare ale adulţilor din familie, tot aşa trebuie să ţină seama şi de poftele micii personalităţi, miniatură de comportament a celor ce l-au procreat. În sfârşit, să nu se uite că raţia zilnică a copilului peste vârsta de 1 an scade, deoarece creşterea se încetineşte şi nevoile lui nutritive sunt mai mici.

Fixarea alimentaţiei se face în funcţie de ritmul propriu al fiecărui copil. Unii sunt mari mâncăcioşi, alţii de abia gustă; unii mănâncă

acelaşi meniu luni de zile, alţii au nevoie de variaţie zilnică; unii mănâncă mult de 2 – 3 ori pe zi, alţii cer să „ciugulească” de 4 – 6 ori câte ceva; unii doresc să mănânce din ceaşcă sau chiar să se „servească” singuri cu linguriţa, în timp ce alţii se despart cu greu de biberon. Ca şi în alte părţi ale acestei cărţi, rugăm pe părinţi să nu-şi compare copilul cu alţi copii.

Nu trebuie impus nimic! Orice hrană mâncată în silă sau luată numai pasiv este prost asimilată. A forţa un copil să mănânce este o greşeală gravă, inapetenţa la sugarul mare şi copilul mic este determinată cel mai frecvent de forţarea copilului să mănânce! Ulterior se adaugă dureri abdominale, tulburări de somn, tulburări mai grave de comportament (crize de mânie, iritabilitate, reacţii de opoziţie sau, din contră, pasivitate şi anxietate). Masa trebuie să fie un prilej de plăcere şi destindere. Pe măsura înaintării în vârstă, apetitul copilului este tot mai mult legat de elemente „psihologice”. Dacă un copil este bine dispus, dacă este activ şi satisfăcut în relaţiile cu cei din jur (părinţi, bunici, educatori, alţi fraţi), el va mânca bine. Dimpotrivă, dacă el nu a fost scos afară, dacă a fost contrariat sau dacă atmosfera din familie este de tensiune (certuri, vizite, oboseală), copilul nu mănâncă bine, este nervos, are tulburări de somn. Părinţii cer medicului să indice medicamente sau alimente minune, care să deschidă pofta de mâncare copilului, în loc să se creeze o atmosferă de familie care să-l facă să-i placă mâncarea oferită. Unii copii refuză să mănânce dacă alimentul nu

este servit în ceaşcă sau în farfuria cu desenul preferat.

Porţii mici. Se vor pune porţii mici în căniţă sau farfurie. Consumarea cu uşurinţă a unei porţii îi dă copilului senzaţia de victorie şi de multe ori va mai cere. Dimpotrivă, dacă-i se oferă o cantitate prea mare, el va lăsa o parte din porţie în farfurie şi astfel se va simţi slab şi oarecum vinovat. Comentariile ce se fac adesea îi accentuează şi mai mult sentimentul de vinovăţie.

Consistenţa. Spre sfârşitul perioadei de sugar şi în prima jumătate a anului al II-lea alimentele se dau sub formă de lichide, pireuri sau şi mai bine fie sfărâmat cu furculiţa, fie tocate mărunt, fulgi de cereale etc. Cu vârsta, el începe să prefere alimentele crustoase: biscuiţi, fulgi de porumb, coajă de pâine, tartine (pâine cu unt şi cu miere sau dulceaţă), cartofi prăjiţi, bucăţi mici de parizer, să „muşte” din fructe, să mănânce zarzavaturi strivite cu furculiţa.

Folosirea mâinilor. Încă de la 8 – 10 luni, unii copii încep să ia cu degetele pireul de la prânz şi să încerce să-l ducă la gură. După vârsta de un an, copilul capătă tot mai multă îndemânare şi participă în mod activ la alimentaţie. Între mese, i se poate da să ronţăie o coajă de pâine, un biscuit, o felie de măr.

Dacă sunt hrăniţi mereu de cei din jur, deprinderea de a mânca singuri este întârziată, iar tendinţa naturală la independenţă frânată.

Când i se serveşte pireul, i se va da în mână o linguriţă. Printre jucării, trebuie să figureze linguriţe de plastic, tigăiţe, cratiţe, obiecte de

bucătărie; jucându-se cu ele, îndemânarea copilului creşte.

4.1.7. *Supraveghere şi îngrijiri*

Educaţia. Cel de al 3-lea an cu contradicţiile sale solicită mult talentul pedagogic al adulţilor. Mulţi părinţi nu înţeleg adevărata problematică a vârstei şi intervin cu brutalitate (ceartă, bătaie), atunci când copilul nu ascultă, este încăpăţânat. Părinţii trebuie să-şi pună problema dacă vor să crească un copil cuminte, docil, comod sau vor să-l ajute să se dezvolte şi să se maturizeze corespunzător. Se impune din partea tuturor adulţilor din familie o atitudine unitară, binevoitoare, răbdătoare, fermă. Nici severitatea exagerată, dar nici toleranţa excesivă şi alintarea nul pot ajuta. Acceptând că reacţiile negative, manifestările încăpăţânate (greşit etichetate ca egoiste sau anormale) nu sunt adresate părinţilor şi nu ilustrează o lipsă de afecţiune, părinţii au făcut primul pas spre înţelegerea particularităţilor acestei vârste.

Asistenţa medicală. Copilul sănătos trebuie examinat de patru ori pe an de către medicul de familie. După verificarea sănătăţii corporale (greutate, înălţime, achiziţii motorii şi intelectuale), se vor discuta în amănunt probleme legate de crearea cadrului material şi psihic pe care-l poate oferi familia şi care se potriveşte copilului respectiv. Înainte de vacanţe, medicul va recomanda zona climatică ce convine mai bine copilului: mare, munte, deal. Vacanţele vor fi petrecute împreună cu părinţii. Nu se vor face călătorii obositoare. Se vor face vaccinările

(rapeluri etc.), conform indicaţiilor de la dispensarul medical teritorial. Se continuă administrarea de vitamina D în perioada septembrie-aprilie. Se verifică dentiţia, simţurile (auz, vedere), conformaţia scheletului (coloana vertebrală, membre inferioare).

Plimbarea zilnică a copilului de 1 – 3 ani este absolut necesară. În oraşele mari, unde copiii trăiesc în apartamente, este o obligaţie elementară şi zilnică de a scoate copilul „la aer”. Este ideal ca aceste „scoateri afară” să se facă în grădini şi parcuri. Este încântat când este dus de mână sau purtat pe umeri. Terenurile de joc, arborii, florile, variaţia peisajului sunt elemente stimulatoare pentru copil. Prezenţa animalelor constituie o bucurie permanentă. Iama, plimbările se vor face în grădina cea mai apropiată, unde sunt spaţii amenajate pentru copii. Primăvara, în zilele de sărbătoare, cu vreme favorabilă, copilul va fi dus într-un loc mai îndepărtat, de preferat o pădure neaglomerată, unde se poate bucura din plin de natură, sau la grădina zoologică pentru a vedea „pe viu” animalele.

Jocul. Jocul este reflectarea, dar şi stimulentul tuturor achiziţiilor noi. Jocul poate fi colectiv. Totuşi, majoritatea copiilor de 2 – 3 ani preferă să se joace singuri sau cu adulţii. Părinţii trebuie să încerce să participe ca simpli tovarăşi de joc, să nu se erijeze în conducători. Camera în care era obişnuit (chiar şi apartamentul) nu-i mai satisface nevoia de mişcare şi de spaţiu. Parcul, curtea, grădina îi oferă condiţii pentru a se desfăşura (aleargă, se caţără, se tăvăleşte, se

învârte în jurul său până ameţeşte). Dacă este ţinut în unele zile în casă, devine arţăgos, brutal, nu mai doarme ca înainte face zgomot, poate avea crize de plâns. Aşezat pe un scaun mai înalt, îşi leagănă mereu picioarele, se răsuceşte în toate părţile. Tentativele de al obliga să stea liniştit sunt un fel de pedeapsă. Toţi ai casei sunt datori să „facă cu schimbul” la însoţirea sau supravegherea lui.

În activitatea de joc a copilului se înregistrează trecerea de la activitatea de joc-mânuire la jocurile de imaginaţie, în care intervin simboluri elementare şi se încorporează scheme de conduită. Copilul se preface că telefonează, citeşte, scrie, bea cu ceaşca de cafea, adoarme ursuleţul, face injecţii mamei etc. Este un stadiu nou, deoarece comportă mai mult decât o simplă imitaţie. Mai întâi copilul este capabil să recunoască simbolul pe care îl reprezintă obiectul, precum şi utilizarea sa: telefon, carte, ceaşcă etc. În al doilea rând copilul se identifică cu o persoană adultă, sau cu un frate sau cu o soră mai mare.

Are preferinţe pentru unele povestiri, şi cere să-i fie repetate. Devine sensibil la muzică, la ritm, la melodie, la cântece pentru copii, la jocurile însoţite de muzică. Cântaţi şi dansaţi cu el (vezi şi îngrijirea în creşă).

Cu timpul, copilul caută din ce în ce mai mult societatea altor copii. Oricât ar încerca adulţii, ei nu pot deveni un partener de joc potrivit copilului. Un copil se dezvoltă armonios şi se educă în contact cu alţi copii.

Pericolul accidentelor şi intoxicaţiilor. Dintre accidentele întâlnite la această vârstă citǎm: electrocutarea, arderea cu fierul de călcat, opărirea (răstoarnă oala cu supă, un vas cu apă fierbinte), înţeparea cu diferite obiecte ascuţite, incendii produse cu chibriturile lăsate la dispoziţia lor, închiderea în dulapuri sau frigidere (accident mortal prin sufocare), înecul (cada de baie la care, după ce intră, deschide robinetele şi nu mai poate să iasă; piscine), intoxicaţii (vin, ţuică, articole cosmetice, medicamente pe care le ia drept bomboane), inhalarea de corpi străini în căile aeriene, intoxicaţii cu gaze de eşapament etc. Copilul nu va fi lăsat să se joace cu chibrituri, cu bricheta; nu are voie să umble la aragaz, frigider, prize, sobe cu gaze. Sub supravegherea părinţilor poate fi lăsat să stingă lumina, radioul, televizorul.

La plimbările prin oraş, copilul nu va fi scăpat niciodată din ochi, oricând putând să „o zbughească" pe partea carosabilă a străzii. Nu va fi lăsat în casă singur sau în „grija" fraţilor mai mari (sub 7 – 8 ani), care, atenţi la jocul cu alţi copii, uită de fratele mai mic. În sfârşit, un copil de 3 ani nu va fi lăsat niciodată singur în casă cu un frate mai mic decât el. El nu are încă bine conturat sensul binelui şi al răului, al pericolelor. Lipsa de control, instabilitatea psihică şi motorie îl pot face să ajungă la acte ce pun în pericol viaţa celui mai mic.

4.1.8. *Îngrijirea în creşă*

Aşa cum să mai spus, adulţii ce îngrijesc copiii din creşă trebuie să aibă multă răbdare şi dragoste pentru copii, să fie calmi, cu o bună

sănătate fizică şi psihică. Orice acţiune ce se desfăşoară sub ochii copiilor va fi însoţită de explicaţii. „Copii, acum mergem la baie”, „Ne spălăm pe mâini cu apă şi săpun”, „Ne pregătim pentru masă”, „Ne jucăm cu mingea”. Jocurile organizate în colectivitate sunt de trei categorii:

a) *Jocurile de mişcare* sunt foarte iubite de copii (mers prin tunel de mese, târâre prin tunel de scaune, alergare cu steguleţe, rostogolirea pe saltea, săritura cu mingea, mers pe scândură dreaptă sau înclinată, tobogan etc.).

b) *Jocurile de îndemânare* manuală se încep încă din anul al doilea de viaţă; înşurubarea şi deşurubarea capacului unei sticle; introducerea de bobiţe de staniol într-o sticlă, înşirare de mărgele pe o tijă semirigidă; aşezarea cuburilor unul peste altul în echilibru; diferite aranjamente de castane, sticluţe sau figuri geometrice; sortare de mozaic pe culori; lipituri, desene etc.

c) *Jocurile de cunoaştere*. Se prezintă un pom cu fructe, un brad împodobit, o pisică, un porumbel, o broscuţă, o portocală, mere etc. Se va arăta obiectul natural sau animalul viu, pe care copiii să-l cunoască îndeaproape, să-l vadă în trei dimensiuni, să-l pipăie (în caz că se prezintă fructe vor fi gustate de toţi, florile vor fi mirosite). La această vârstă copilul nu înţelege abstract cum arată obiectul descris, când este prezentat pe o planşă într-un singur plan. La fiecare prezentare va răspunde la întrebări în ordine: ce este? cum este? ce are? (este un pom, un animal, o pasăre, o floare; este un măr, roşu, rotund, dulce; pisica are cap, corp, picioare, coadă, urechi). În momentul în

care copiii se plictisesc, se întrerupe jocul.

Se alternează jocurile între ele (mişcare, cunoaştere, îndemânare). Se pregăteşte din timp materialul didactic. Jocul se anunţă dinainte. După terminarea jocului, copiii vor pune jucăriile pe etajere, în sala grupei, la îndemâna lor.

4.1.9. Controlul (*formarea deprinderii de a fi curat*)

Sugarul îşi goleşte vezica şi intestinul de obicei imediat după ce a mâncat, mai ales în cursul primelor 8 luni de viaţă. Este posibil de al „dresa" să stea pe oliţă de la 6 – 8 luni. Acest reflex poate dispărea în cursul erupţiei dentare, a schimbării unor obiceiuri şi mai ales când începe să meargă nesprijinit (12 – 16 luni). Controlul sfincterelor la sugar nu poate fi voluntar; copilul nu poate folosi „conştient" oliţa decât începând de la 15 sau 18 luni.

Primul semn al unui control voluntar se observă când copilul care vrea să urineze arată cu degetul oliţa. El îşi avertizează mama fără ai lăsa timpul de a interveni. De abia între 18 şi 24 de luni copilul previne la timp pe cei din jur şi poate să aştepte mai mult până este pus pe oliţă. La 2 ½ ani unii îţi lasă singuri pantalonii în jos şi se aşază fără ajutor pe oliţă, fiind mândri de „performanţă". Controlul eliminării materiilor fecale se dobândeşte în general înaintea celui al vezicii. Cea mai mare parte a copiilor nu se mai udă decât accidental spre 2 ½ ani. Fetiţele dobândesc mai devreme decât băieţii deprinderea de a fi curate.

Factorii care intervin în deprinderea

curăţeniei sunt:

a) *Maturaţia*. Mecanismul controlului sfincterian este foarte complex şi depinde de maturaţia sistemului nervos. În general, există o componentă familială: unii copii sunt mai precoce sau mai lenţi decât alţii în deprinderea curăţeniei şi pentru statul pe şezut, mers sau vorbit. Enurezisul[8] se regăseşte în mod obişnuit şi la alţi membri ai familiei. Orice copil trece prin stadii succesive: evacuarea automată a vezicii (sugarul mic); conştienţa plenitudinii vezicii (copilul de 18 luni îşi avertizează mama); antagonizează contracţia muşchilor vezicii şi reţine urina datorită muşchiului ridicător al anusului; stadiul când el poate controla presiunea intraabdominală datorită diafragmului şi muşchilor abdominali; ultimul stadiu este când copilul poate expulza urina sau întrerupe debitul, oricare ar fi plenitudinea vezicii. Capacitatea vezicală a unui copil de 2 ½ ani este dublă faţă de cea a unui copil de 2 ani.

b) *Educaţia*. Copilul învaţă să-şi controleze vezica în parte prin imitaţie şi în parte prin educaţie. Aceasta constă mai ales în al ajuta când permite dezvoltarea; dacă mama nu-i dă ocazia de a urina de prima dată când îşi anunţă dorinţa, el va întârzia în obişnuirea cu oliţa.

c) *Îmbrăcămintea*. *La copiii la care se folosesc scutece sau chiloţi absorbanţi* (*Pampers*), *deprinderea de a folosi oliţa se formează mai târziu*.

d) *Condiţionarea*. Un sugar poate fi

8 Emisiune involuntară şi inconştientă de urină.

condiţionat (provocat) să urineze prin contactul feselor cu marginile oliţei. Dacă se pedepseşte un copil că nu a folosit oliţa sau dacă este forţat să se aşeze în timp ce vrea să alerge, el va fi „condiţionat” să se împotrivească oliţei, asociind formarea deprinderii cu o idee de pedeapsă.

e) *Formarea eului şi caracterului copilului*. Începând de la un an copilul este în plină perioadă negativă şi orice încercare de ai face să execute un act împotriva dorinţei lui (îndeosebi „să facă” pe oală) se va solda cu un eşec. Unii copii sunt mai voluntari decât alţii şi seamănă cu părinţii lor. Copilului îi place şi se amuză cum toată casa se preocupă ca el să facă pe oală. Mama se aşază lângă el, îl mângâie, îl linguşeşte şi încearcă să-l convingă de a emite materii fecale în timp ce el este încântat se refuze; oliţa îi serveşte ca mijloc de locomoţie, de jucărie sau de pălărie. Un copil poate să-şi satisfacă eul său şi nevoia de a atrage atenţia şi prin alte mijloace decât refuzul oliţei. Momentul dobândirii curăţeniei coincide din nenorocire exact cu cel al contestării. Cea mai mare parte a tulburărilor sfincteriene se datoresc faptului că se forţează copilul, iar el refuză să fie obligat. Cererea oliţei, fără să aibă nevoie, este un alt mijloc de a atrage atenţia. Copilul descoperă repede că atunci când cere oliţa, mama lasă totul pentru a se ocupa de el. El reîncepe se ceară la fiecare cinci minute. Mama nu îndrăzneşte să-l refuze, socotind că are nevoie într-adevăr de oliţă şi nu se va deprinde cu oliţa dacă ea nu aleargă imediat. Este adevărat că la această vârstă o micţiune este urgentă şi copilul va fi curat dacă se

are grijă de aceasta, dar este uşor să ştii dacă nevoia este reală sau dacă nu reprezintă decât o manevră de a atrage atenţia. În ultimul caz, mama nu va lua în seamă cererea şi nu se va deranja decât la intervale socotite convenabile. Dacă un copil urinează prea des, va fi consultat medicul.

f) *Personalitatea mamei şi lipsa de cunoştinţe*. Mama care este decisă să „dreseze" copilul prea devreme are toate şansele de a-l vedea refuzând oliţa.

Mama nu-şi dă seama de variaţiile normale ale achiziţiilor curăţeniei şi este dezolată să constate că copilul său este în întârziere faţă de alţii. Ea pedepseşte pe copil, iar acesta reacţionează refuzând oliţa sau „udându-se". Este o greşeală din partea unor mame de a crede că reflexul condiţionat al sugarului (contactul cu marginea oliţei, zgomotul apei care curge etc.) este echivalent cu un control voluntar. Aceste mame nu înţeleg secvenţa normală a proceselor (punctul a) şi reproşează copilului de a fi prevenit prea târziu.

g) *Stresul psihologic*. Teama sau neliniştea pot întârzia dobândirea curăţeniei şi, în plus, pot duce – în timpul perioadelor critice – la pierderea controlului recent dobândit. Copilul nefericit, care nu se simte în siguranţă, poate reveni la vechile obiceiuri din cauza unei gelozii, a unei internări în spital, a unei dificultăţi familiale sau a unui rigorism excesiv.

h) *Lenea*. De frica frigului, „curentului" sau dacă toaleta este prea departe, copilul preferă să „facă pe el" decât să iasă din pat.

i) *Somnul adânc*. Unii susţin (medici şi părinţi) că o parte din copiii care „fac” noaptea în pat au un somn adânc.

j) *Factorii sociali*. Micţiunile involuntare la unii copii peste vârsta de 2 ½ ani ţin şi de mediul familial nefavorabil: certuri sau delincvenţă la părinţi, dificultăţi materiale, nivel instructiv-educativ scăzut al părinţilor, lipsă de preocupare pentru formarea deprinderilor igienice la copil, pedepsirea copilului, anxietatea părinţilor etc. Aceşti factori se asociază frecvent.

Controlul intestinal. Factorii care intervin în controlul sfincterului anal sunt aceiaşi ca în controlul vezicii. Vârsta deprinderii de a elimina materiile fecale numai la oliţă este foarte variată. Unii copii o posedă foarte devreme şi o păstrează apoi, în timp ce alţii „fac pe ei” şi la 2 – 3 ani. Copilul de 18 luni trece printr-o fază de „coprofilie” (atracţie faţă de materii fecale) şi manifestă un interes considerabil pentru eliminările sale şi pentru toaletă. Copilul este încântat să vadă interesul familiei „centrându-se” pe fecalele lui şi descoperă că părinţii sunt neputincioşi nu numai în faţa refuzului lui de a mânca, dar şi în faţa refuzului lui de a face pe oliţă; în ambele cazuri el provoacă discuţii şi nelinişti. El are un moral excelent, pentru că el este mereu „câştigător”. Capătă plăcerea unui „accident” sau îşi murdăreşte în mod voit chiloţii de îndată ce este lăsat să se ridice de pe oală. Factorii sociali joacă un mare rol în controlul sfincterelor şi, în general, în dobândirea tuturor deprinderilor igienice.

*

Practic, spre 12 luni, părinţii îi vor pune oliţa lângă pat şi-l vor aşeza pe oliţă pentru cel mult 10 minute, explicându-i la ce foloseşte. Dacă el vrea să plece de pe oliţă, nu va fi reţinut. Este de dorit ca el să ştie că există oliţa şi că părinţii sunt bucuroşi dacă el o foloseşte. În familiile unde există fraţi mai mari, se va folosi oliţa concomitent. Prin imitaţie, copiii cu fraţi mai mărişori şi copiii de creşă învaţă mai repede să se servească de oliţă. Copilul care poartă scutece absorbante multă vreme realizează mai greu când este ud sau uscat. Când poartă pantalonaşi, senzaţia de scurgere a urinei în jos pe picioare este neplăcută. Pe de altă parte, scutecele îi dau senzaţia că este tot mic. Impresia că este încă „mic” poate constitui un factor de întârziere în a deveni curat.

Controlul vezicii urinare este mai tardiv decât controlul sfincterului anal. De abia după 18 – 20 de luni se ajunge la stadiul în care copilul este capabil de a-şi frâna voluntar micţiunile. Până atunci, dimineaţa când se trezeşte şi după somnul de după amiază se va pune copilul pe oliţă la „ore regulate”, şi atunci când apar semne că doreşte să urineze. „Uşurându-se” numai atunci când apar micile semne de dorinţă, copilul are o satisfacţie pe care niciodată nu ar fi resimţit-o dacă ar fi fost pus constant pe oliţă. Această satisfacţie este cel mai bun element de reuşită în obţinerea deprinderii de a fi curat. Va trebui să se aştepte încă 4 – 5 luni, pentru ca un copil să fie nu numai conştient de nevoia de a urina, dar să fie capabil

de a cere să meargă la oliţă (spre 2 ani).

La început se cere atenţie şi promptitudine în acţiune când copilul semnalează nevoia de a urina sau a emite scaun (prin urlet), deoarece nu poate să aştepte. Această „urgenţă” diminuează apoi rapid; el va putea aştepta momentul propice (dezbrăcarea, aducerea oliţei). La puţin timp după ce sau deprins cu curăţenia, copiii îşi reţin voluntar urina şi scaunul, nedorind să părăsească jucăriile sau să-şi întrerupă „ocupaţia”. În aceste situaţii se pot produce „accidente” de scăpare. Preventiv, mama va avea grijă ca atunci când copilul este cufundat în joc să-i sugereze să meargă la oliţă.

– fete:
mediul urban = 15,7 kg (± 1,9);
mediul rural = 14,8 kg (± 2,0).
Talie (*înălţime*):
– băieţi:
mediul urban = 101,0 cm (± 4,8);
mediul rural = 99,5 cm (± 5,2);
– fete:
mediul urban = 100,0 cm (± 4,9);
mediul rural = 98,5 cm (± 5,3).
Perimetrul toracic:
– băieţi:
mediul urban = 54,3 cm (± 2,5);
mediul rural = 52,8 cm (± 2,7);

4.2. Preşcolarul (*3 – 6 anî*)

4.2.1. *Creşterea greutăţii, taliei şi*

perimetrului[9]

La 4 ani:

Greutate:

– băieţi:

mediul urban = 16,1 kg (± 1,9);

mediul rural = 15,7 kg (± 1,9);

În timpul nopţii copilul nu poate încă să se controleze; poate uda patul chiar în timpul unui somn scurt. Poate fi ajutat dacă este pus pe oliţă înainte de a fi dus să se culce. Cât timp se udă încă noaptea, i se pun scutece curate absorbante la culcare. Este mai bine să se pună scutece, decât să fie apostrofat când udă cearşafurile. Nu va fi trezit în cursul nopţii pentru a fi pus pe oliţă. El nu poate să se păstreze curat noaptea, până nu a ajuns la un control complet al sfincterelor în timpul zilei. De obicei, copilul devine curat şi noaptea la 2 ½ – 3 ani (unii copii se scoală singuri noaptea şi urinează fără ajutor).

– fete:

mediul urban = 52,8 cm (± 2,7);

mediul rural = 51,7 cm (± 2,7).

La 5 ani:

Greutate:

– băieţi:

mediul urban = 18,2 kg (± 1,9);

mediul rural = 18,0 kg (± 2,2);

– fete:

mediul urban = 17,7 kg (± 2,3);

---

9 După tabelele întocmite de Institutul de Igienă şi Sănătate Publică din Bucureşti.

mediul rural = 16,1 kg (± 2,2).
Talie (*înălţime*):
– băieţi:
mediul urban = 108,2 cm (± 5,0);
mediul rural = 105,7 cm (± 5,3);
– fete: mediul urban = 107,6 cm (± 5,1);
mediul rural = 104,9 cm (± 5,4).
Perimetrul toracic:
– băieţi:
mediul urban = 54,9 cm (± 2,7);
mediul rural = 54,3 cm (± 2,8);
– fete:
mediul urban = 54,3 cm (± 2,8);
mediul rural = 52,9 cm (± 2,8).
La 6 ani:
Greutate:
– băieţi:
mediul urban = 20,3 kg (± 2,8);
mediul rural = 19,0 kg (± 2,5);
– fete:
mediul urban = 20,0 kg (± 2,9);
mediul rural = 18,2 kg (± 2,5).
Talie:
– băieţi:
mediul urban = 114,7 cm (± 5,2);
mediul rural = 111,7 cm (± 5,5);
– fete:
mediul urban = 110,3 cm (± 5,3);
mediul rural = 110,9 cm (± 5,6).
Perimetrul toracic:
– băieţi:
mediul urban = 56,7 cm (± 3,0);
mediul rural = 55,9 cm (± 2,9);

– fete: mediul urban = 55,0 cm (±2,9);
mediul rural = 54,4 cm (± 2,9).

Aceste cifre sunt pur orientative. Medicul este singurul în măsură să aprecieze dacă există o corelaţie corespunzătoare între diferiţi parametri de apreciere la creşteri armonioase. Reamintim că talia unui copil depinde de factori complecşi moşteniţi şi de mediul înconjurător.

Motricitatea. La 4 – 5 ani copilul mic a atins un grad de dezvoltare motorie care-i permite executarea de mişcări izolate, eu diferite segmente ale corpului, independent (de exemplu, mersul pe tricicletă). Îşi propune singur mişcări cu dificultate crescândă: sărituri, căţărat, balans etc. Treptat, apare şi capacitatea de a sta liniştit pentru a colora, a modela din plastilină, a asculta poveşti, a privi poze, a urmări televizorul.

La sfârşitul perioadei de copil mic a deprins îndemânări ca: folosirea periuţei de dinţi, a pieptenului, a ustensilelor pentru cusut. Majoritatea copiilor apucă şi mânuiesc bine un creion; liniile şi figurile desenate sunt tot mai bine făcute. Este capabil să taie cu foarfeca urmând o linie dreaptă. La 3 ani, copilul urcă scările alternând picioarele; la 4 ani face acelaşi lucru şi la coborâre. La 3 ani, numai o parte dintre copii pot sta un timp scurt într-un picior; de abia la 5 ani reuşesc să sară într-un picior şi să sară coarda.

Nevoia de mişcare este mare, copilul este în veşnică mişcare, aleargă, face zgomot, este „neastâmpărat”, li place uneori să facă treburi care-i solicită puterea şi este foarte încântat când

ridică sau poartă un obiect mai greu.

Pentru urmărirea motricităţii, între 3 şi 6 ani părinţii pot supune pe copii, sub formă de joc, la probe ca: *a*) *motricitate generală*: aruncarea unei mingi, prinderea unei mingi în mişcare, dacă şi cât se poate ţine pe un picior, sare într-un picior, merge pe călcâie sau pe vârfuri înainte şi înapoi, urcă şi coboară scările etc. (fig. 4.13); *b*) *motricitatea fină*: face un turn din 8 cuburi, face un pod din 3 cuburi, trage o linie verticală, copiază un cerc, copiază o cruce, copiază un pătrat, desenează un omuleţ din 3 părţi, desenează un omuleţ din 6 părţi, se spală pe dinţi, poate turna apă într-un pahar.

Fig. *4.13* – Poate coborî o scară, ţinându-se de rampă.

Fig. *4.14* – Imitând pe mamă, dă mâncare la

păpuşă.

Fig. *4.15* – Poate turna apă într-un pahar, fără a vărsa.

Fig. *4.16* – Se spală pe dinţi.

4.2.2. ***Dezvoltarea psihică şi socială. Limbajul***

Percepţia. *La 3 – 4 ani* copilul se interesează de capacitatea funcţională a obiectelor, pe care le compară, le pune unele peste altele, le sortează după formă sau culoare, le demontează („le distruge”, cum interpretează părinţii) etc. Lucrând cu plastilină sau cu cretă colorată, realizează forme simple, pe care le denumeşte apoi după aspectul lor exterior. Recunoaşte succesiunea logică a anumitor acţiuni din desfăşurarea programului zilnic, precum şi legătura logică între obiecte şi cuvinte.

Poate „citi” poze dintr-o carte. Recunoaşte litere izolate. Poate desena un pătrat. Deosebeşte mai multe culori. Îşi ştie vârsta.

La 5 – 6 ani experienţele tactile (pipăit) şi motorii (mişcare) trec pe al doilea plan. Pe lângă impresiile vizuale („vede tot”), capătă importanţă cele acustice (este tot timpul „pe recepţie”, „trage cu urechea”, „spionează”, „demască” tot, repetă expresii auzite de la adulţi, copii etc.). Deosebeşte sunete de tot felul, fredonează cântece simple şi le însoţeşte de mişcări ritmice.

Începe să deseneze şi să modeleze, încercând să reproducă obiecte şi acţiuni. Fantezia în folosirea culorilor şi desenarea „formelor” unor obiecte, persoane sau animale, joacă (încă) un rol mai mare decât adaptarea la realitate. Spre sfârşitul perioadei de copil mic apare diferenţierea din ce în ce mai bună între imaginaţie şi realitate.

Copilul priveşte activ şi critic lumea înconjurătoare, dar şi propriile lui performanţe. Dezvoltă spirit creator, face planuri, îşi fixează obiective şi le urmăreşte consecvent. Are noţiunea timpului şi a cantităţii. Poate număra până la 10 – 15. Cunoaşte 5 – 6 culori şi câteva (2) monede.

Limbajul. Progresele intelectuale continuă cu o mare rapiditate. La 3 ani un copil se exprimă suficient pentru a fi bine înţeles. Între 3 şi 6 ani, schimburile verbale cu toată familia se îmbogăţesc prin lărgirea relaţiilor cu alţi copii şi cu educatoarele din grădiniţă.

Substantivele şi adjectivele se înmulţesc paralel cu progresele pe care le face în contact cu realitatea înconjurătoare. Am văzut că la circa 3

ani copilul spune *EU*, se recunoaşte deci la persoana întâi, ca un individ separat faţă de ceilalţi. În acelaşi timp apar în vocabularul lui cuvintele *TU* şi *EL*. Pentru el este accesibil numai ceea ce este concret; chiar numele unui obiect îi apare ca una din proprietăţile sale. Noţiunea de timp este percepută încet. Treptat preşcolarul va înţelege ce este timpul devenind capabil să folosească verbele nu numai la prezent, ci şi la viitor şi trecut. De îndată ce devine conştient de el, de cei doi părinţi, de sexul de care aparţine, el va folosi femininul şi masculinul. Curiozitatea amestecată cu dorinţa de comunicare manifestată, cum să mai spus, prin întrebările: „De ce?”, „Cum?”, „Pentru ce?” şi răspunsurile primite contribuie la îmbogăţirea bagajului de cuvinte. Adulţii sunt datori ca, pe măsura înţelegerii copilului, să-i răspundă cu cuvinte simple. În timpul plimbărilor îi vor spune numele florilor, arborilor, statuilor, clădirilor mai importante, îmbogăţindu-i vocabularul. Povestirea unor istorioare simple, răsfoirea în comun a cărţilor cu figuri, unele jocuri educative contribuie la mărirea bagajului de cuvinte. Puţin câte puţin, copilul devine capabil să-şi exprime prin vorbe gândurile şi impresiile sale. Astfel, ajunge ca la 6 ani să înveţe să citească şi să scrie limba pe care o vorbeşte.

În conduita lor generală şi, mai ales, în timpul jocului, copiii nu mai sunt tăcuţi. Băieţii în special fac zgomot imitând unele animale, personaje văzute în filme sau pe tovarăşii de joc mai mari. Fetiţele vorbesc cu păpuşile: le mângâie, le

mustră, le instruiesc. Băieţii ţipă la camion, îi dau ordin să pornească, să meargă, să se oprească. Toate aceste „verbalizări” (cum sunt numite de psihologi) sunt semne de mulţumire, de sănătate psihică, de spontaneitate. La copiii din familiile cu mai mulţi copii, comunicările verbale sunt mult mai bogate, mai variate şi pe înţelesul lor. Copilul unic la părinţi, care nu poate să comunice decât cu părinţii şi cu bunicii, are dificultăţi de adaptare la limbajul adultului. Grădiniţa este instituţia care corectează această carenţă a mediului psihosocial al copilului.

Între 3 şi 6 ani începe şi perioada cuvintelor şi expresiilor grosolane, triviale. Aceste cuvinte sunt împrumutate. În general, dintre cuvintele care desemnează funcţiile de eliminare („caca”, „pipi”) şi ale reproducerii umane (înjurături etc.). Copilul le pronunţă cu o satisfacţie provocatoare. Uneori, când este furios sau nu i se îndeplineşte o dorinţă, înjură şi continuă cu toate grosolăniile culese de la copiii mai mari. Părinţii sunt alarmaţi. După unii autori, grosolăniile se explică prin tendinţa de imitaţii. Copilul nu cunoaşte sensul real ai cuvintelor grosolane; dimpotrivă, el are un sentiment de putere, are impresia că a trecut în rândul celor mari, exprimându-se şi ţipând exact ca ei când sunt supăraţi. Este bine ca părinţii să nu dramatizeze exploziile verbale ale copilului. Toţi membrii familiei trebuie să-şi controleze tonul şi expresiile atunci când sunt supăraţi. Dezaprobarea copilului se va face cu tact. Adulţii îi vor arăta copilului prin cuvinte simple, prin expresia feţei, prin limbajul personal că nu sunt de

acord cu astfel de expresii. Adesea, unii părinţi „se distrează” şi sunt mândri de „cuceririle” verbale ale progeniturilor, încurajând astfel „progresele” copilului pe această linie. Alţii, din contră, dramatizează atât de mult, încât creează în copil un sentiment de vinovăţie, cel complexează şi-l pun într-un stadiu de inferioritate atât faţă de părinţii perfecţi, cât şi în faţa unor copii mai agresivi, cu o limbă slobodă.

Dificultăţi de limbaj. Fără a minimaliza rolul factorilor neurologici şi senzoriali, este important să se reţină influenţa capitală a condiţiilor afective şi relaţionale. Rolul mamei este esenţial. Dragostea şi spontaneitatea sa reprezintă un stimul indispensabil în apariţia şi îmbogăţirea limbajului copilului. Dezvoltarea limbajului depinde de asemenea şi de interacţiunea permanentă ce se stabileşte între copil şi adulţii care-l înconjură. Dacă aceştia, prin lipsă de educaţie, de timp (acordat copilului) sau din alte motive restrâng stimularea verbală şi „schimburile de vorbe” cu copilul, acesta va fi lipsit de elementele fonice şi afective cei permit să-şi construiască şi să-şi îmbogăţească limbajul. Astfel de situaţii se observă în unele familii dezorganizate sau cu certuri intrafamiliale. Condiţiile de viaţă modeme, lipsa de timp şi surmenajul părinţilor sunt factori care contribuie la multe întârzieri de vorbire. Grădiniţa are un rol important în corectarea unor deficienţe precoce de limbaj.

Trebuie ştiut de toată lumea că tulburările de vorbire au cauze numeroase, cu prognosticuri

foarte diferite. Diagnosticul precis necesită de obicei colaborarea mai multor specialişti: un neuropsihiatru, un oto-rino-laringolog familiarizat cu problemele de audiometrie infantilă, un pediatru şi un logoped. De foarte multe ori, diagnosticul nu poate fi precizat după un singur consult. Înainte de 3 ani, surditatea pretează la multe discuţii. În momentul de faţă, cu ajutorul unor aparaturi modeme, la clinicile de O.R.L. se poate stabili cu precizie gradul de tulburare organică a auzului. Dintre tulburările uşoare de limbaj la vârsta de 3 – 6 ani se întâlnesc: o oarecare întârziere în vorbire, dificultăţi de pronunţare şi bâlbâială. Se va cere sfatul medicului.

Comportamentul social. În jurul vârstei de 3 ani interesul copilului este concentrat în mod evident asupra adulţilor care îi sunt parteneri şi îi servesc de model. În contactul permanent cu aceştia, el învaţă să deosebească noţiunile de eu şi tu la început este încă foarte ascultător, deoarece adulţii îi uşurează posibilitatea de a fi activ, îi oferă jocuri, mâncare; treptat însă tinde la dobândirea independenţei, încearcă să-şi verifice capacitatea de a voi, a putea şi a hotărî el singur, în acest context apar cunoscutele reacţii de încăpăţânare, dacă propriile dorinţe vin în conflict cu hotărârile luate sau impuse de adulţi.

La 4 ani şi-a stabilit în mare măsură o anumită independenţă şi se adaptează (ajutat mult prin intermediul vorbirii) la programul zilnic. La această vârstă copilul nu este uşor de dirijat, din cauza nevoii lui imperioase de mişcare. Pe de altă

parte, cu toată dorinţa de a deveni independent, reapare mereu nevoia de a se întoarce la protecţia adultului (de exemplu, când se iveşte vreo dificultate sau când este obosit).

La 5 – 6 ani comportamentul faţă de adulţi este mai puţin grevat de conflicte decât la 3 – 4 ani. Copilul participă cu plăcere la activităţile adultului şi se bucură când este încurajat că a făcut un lucru bun. Conflictele care apar pot fi lămurite prin intermediul vorbirii. Creşte interesul şi dorinţa de a se juca cu alţi copii *şi* de a măsura în mici competiţii capacităţile şi puterea. Începe să accepte reguli simple de comportare; cu timpul reuşeşte să treacă propriile dorinţe pe plan secundar, să respecte dorinţele şi chiar să caute societatea altor copii: formează grupuri restrânse de joc; preferă parteneri de joc de acelaşi sex. Încearcă să-şi domine anturajul. La copilul singur la părinţi se observă uneori o adevărată „luptă pentru hegemonie” cu bunicii. Se înfurie când nu i se fac poftele sau când este dominat în joc de alţi copii. Nul mai potolesc laudele, are crize de mânie şi tendinţe la negativism.

Receptivitate şi posibilităţi noi de cunoaştere. A doua perioadă a întrebărilor ilustrează marea curiozitate, aviditatea după ceea ce este nou. Repetă tot timpul „de ce?”, „pentru ce?”, „cum se face?”. S-ar părea că este mulţumit, când constată că i se răspunde cu răbdare şi că nevoia de a întreba şi de a şti este luată în serios. Ceea ce doreşte copilul nu este cunoaşterea în sensul intelectual, ci sentimentul de certitudine, de călăuzire în lumea încâlcită care i se deschide în

faţă. Unii adulţi nu ştiu ce să răspundă la unele dintre întrebările copilului, încercând să-i satisfacă curiozitatea cu logica lor de adulţi (cu abstractizări de neînţeles pentru copil). Este nevoie de explicaţii simple, pe înţelesul copilului, cu noţiuni şi exemple din lumea ce cade sub simţurile lui. Alţi părinţi se enervează de întrebările „plictisitoare” ale copiilor; este şi mai grav, copilul simţindu-se singur şi frustrat în dorinţa lui de a deveni „mare”.

Raţionamentul şi fantezia. Din al 5-lea an, odată cu receptivitatea crescândă a copilului, creşte şi raţionamentul său. El se gândeşte la cele auzite şi învăţate. Uneori, la mult timp după ce ascultă un basm, mama sau educatoarea se trezesc cu diferite întrebări legate de acesta. Acum copilul se gândeşte mult şi încearcă să se exprime. Îi place şi încearcă să imite zgomotele animalelor, face uşoare rime, creează cuvinte etc. Imaginează poveşti noi. Câteodată, pornind de la evocarea unui fapt real, inventează peripeţii; alteori, jucându-se cu un cal sau cu o maşinuţă, îşi închipuie tot felul de aventuri. Îi plac poveştile în care eroii sunt animale, cărora le atribuie propriile lui sentimente. Gustul pentru poveştile cu zâne şi pentru fantastic vine după vârsta de 5 ani. Poveştile inventate de părinţi trebuie spuse la fel, fără modificări. Preferă 1 – 2 poveşti repetate mereu şi în aceeaşi variantă. Binele, curajul, modestia şi, în general, trăsăturile pozitive, trebuie să caracterizeze personajele iubite de copil. Poveştile cu strigoi, şerpi, lupi etc. duc la spaime, somn agitat, coşmaruri, izolare sau

maternodependenţă. În epoca actuală, cu revoluţia tehnică extraordinară, cu extinderea televiziunii şi cinematografiei, se observă o transformare a preferinţelor copiilor, de la grădiniţă şi până la şcoală. Pe puţini îi mai încântă poveşti de felul „Alice în Ţara Minunilor”. Sub influenţa îndeosebi a televiziunii şi a modului de viaţă al familiei din zilele noastre, poveştile pentru copii trebuie să aibă garanţia că sunt sau pot fi reale, că sunt verosimile. Emisiunile de la televiziune din viaţa animalelor, desenele animate, ora copiilor etc. au luat în mare măsură locul poveştilor de odinioară.

Spre sfârşitul celui de al patrulea an de viaţă, copiii ating apogeul activităţii imaginative, care reprezintă pentru un observator mai atent – cheia „lumii dorinţelor” copiilor.

Imitarea adulţilor. Copilul are tendinţa să înlăture toate îndoielile, prin victoria binelui asupra răului. Aceasta corespunde întru totul dorinţei lui de a se comporta în aşa fel încât să fie pe placul părinţilor, educatoarei, copiilor mai mari. Aşteaptă totdeauna consimţământul şi/sau lauda părinţilor. Încearcă să placă celor din jur. El imită pe adulţi în jocurile sale „de-a mama şi de-a tata”, „dea doctorul”, „dea poliţistul” etc. În fantezia sa se vede adult şi erou. Este mândru de părinţii săi şi este în stare să plângă sau să se bată dacă cineva ar spune ceva rău despre ei.

Copilul a constatat că este o fiinţă independentă. Acum încearcă să-şi închipuie ce ar vrea să devină. Este logic să-şi aleagă drept ideal pe cei din imediata apropiere, presupunând că

părinţii nu se comportă atât de urât încât să nu poate fi acceptaţi de copil ca ideal de viaţă. Această fază de identificare care durează câţiva ani şi este în continuă schimbare. Identificarea cu părinţii întăreşte încrederea în sine a copilului. Încearcă să facă totul la fel sau mai bine decât ei. Aleargă cu ei şi se bucură dacă-i întrece. La 3 – 3 ½ ani copilul şi-a însuşit noţiunile de „trebuie” şi „este permis”. Uneori se laudă, exagerează, foloseşte cuvinte mari. Toate acestea sunt încercări de a fi ca adulţii. Se simte ca un adult şi ar vrea să beneficieze de toate privilegiile acestuia: să nu se culce devreme, să privească la televizor împreună cu toată familia, să meargă în vizite, să mănânce cu lingura mare, să bea din ceaşcă.

Identificarea cu alte roluri. Teatrul. Trecând dincolo de identificarea cu părinţii, începe să manifeste un interes crescând pentru toate rolurile. Îi place să se costumeze, jucând roluri potrivite. Rolurile importante şi costumele sclipitoare sunt cele mai agreate. De la jocul „de-a mama şi de-a tata” copilul trece la altele experimentând tot ce poate fi şi face un om. După 4 – 5 ani vrea să joace şi alte roluri (de animale, pe care le priveşte prin prisma propriilor sale vederi şi dorinţe: „cine mănâncă, pe cine?”; „cine este cel mai puternic?”; „cine este iubit, apreciat?”) sau de personaje din unele filme (Tarzan etc.).

În cursul celui de al şaselea an de viaţă, dezvoltarea copilului mic să desăvârşit. Toate funcţiile motorii sunt stăpânite fără dificultate. Copilul poate executa voluntar toate mişcările,

chiar şi pe cele mai fine şi mai complicate. Pe plan psihic şi spiritual se anunţă o perioadă de stabilizare şi armonie. Copilul învaţă să-şi dirijeze voinţa. Înţelege justificarea unor ordine, deşi continuă să întrebe mult „de ce”, să se intereseze de urmările şi consecinţele posibile. Dar la această vârstă devine posibilă o adevărată gândire cauzală care-l ajută să înţeleagă motivaţia şi felul acţiunilor. Astfel, copilul câştigă un nou sistem de referinţe; el poate acţiona raţional, imaginea sa despre lume devine mai realistă, problematica mai palpabilă.

a) *Gândirea logică şi planificarea*. Cel deal şaselea an ar putea fi denumit faza de experimentare a acţiunilor planificate. Descoperă necontenit fapte şi legi care vin în contradicţie cu tendinţele impulsive şi voinţa lui. Cu puţin timp înainte, el credea că obţine lucrul dorit îndată ce şi-l doreşte. Acum descoperă că multe lucruri sunt inaccesibile şi imposibile; începe să gândească, să aleagă şi să plănuiască.

În desenele lui vrea să reproducă lucruri „care există”; prezintă interes pentru construcţii, pentru desăvârşiri. Se întâmplă des ca un copil să spună: „trebuie mai întâi să treacă asta”. Cel mai bine se evidenţiază acţiunile planificate în activitatea creatoare. Copilul se gândeşte înainte, îşi programează ce vrea să deseneze, să modeleze sau să construiască, îşi caută mijloacele cele mai bune pentru a face un lucru cât mai perfect. Începe să înţeleagă valoarea şi posibilităţile banului.

b) *Obligaţii şi responsabilităţi*. Mulţi copii cer

la această vârstă să li se încredinţeze mici sarcini şi se bucură mult de aprecierea şi lauda ce li se aduce dacă au dat dovadă de inventivitate, înţelepciune etc.

Încrederea pe care o arătăm copilului reprezintă un stimulent puternic pentru dezvoltarea sa, care se va manifesta pozitiv odată cu şcolarizarea. Doreşte să înveţe să citească ceasul, literele alfabetului şi cifrele. Este bine ca această dorinţă să fie încurajată, dar copilul nu trebuie suprasolicitat.

c) *Îndoieli şi critici*. Începe să-şi manifeste unele îndoieli şi să exprime critici faţă de lucruri considerate până nu de mult ca fiind „bune”. Părinţii nu trebuie să urmărească să menţină cu orice preţ credinţa în „Moş Crăciun”, „zâna din poveste” etc., când copilul lor a început să se îndoiască de ele. Adesea se întâmplă ca ascultând o poveste să intervină cu remarci critice ca: „nu este posibil să alergi pe apă, te îneci!” etc. Începe să se manifeste şi spiritul autocritic. La această vârstă, copilul îşi apreciază acţiunile, prevede de exemplu cum vor reacţiona părinţii: cu laude, cu critici sau cu pedeapsă. Jaloanele de interdicţii date de părinţi şi educatori, ca şi tot ce vede el la părinţi, fixează primele schiţe de conştiinţă şi devin linii directoare interioare ale propriilor sale acţiuni. Copilul înclină să accepte ca sigur valabile îndrumările date de părinţi sau de educatoare; aceasta face parte din realitatea nou descoperită şi îi conferă siguranţă şi sprijin.

4.2.3. Alimentaţia[10]

Cu excepţia băuturilor alcoolice, a mâncărurilor ardeiate sau piperate şi a unor conserve, copilul de 3 – 6 ani poate mânca aproape de toate. Unii nu sunt însă în stare se facă. Gusturile sunt limitate, unele alimente consistente le displac. Apetitul este foarte variabil de la un copil la altul: unii mănâncă orice, mult, de 5 ori pe zi (3 mese principale şi două gustări); alţii mănâncă numai de 3 ori pe zi; la alţii, cei din jur se miră „din ce trăiesc”. Ţinând seamă de gustul şi apetitul copilului, dovedind înţelegere şi răbdare, se va evita lipsa de poftă de mâncare, frecventă la această vârstă.

Copilul unic la părinţi, supraîngrijit, este ameninţat cel mai mult! Dacă i se fac toate poftele sau, dimpotrivă, dacă e forţat sau rugat să mănânce, copilul ajunge să refuze totul sau să prefere numai un fel de mâncare. Un astfel de copil dus la grădiniţă sau într-o familie cu mulţi copii mănâncă „tot” şi „de toate”.

Copilul este uşor sugestionabil la această vârstă; boala adulţilor („dureri de stomac”, regimuri restrictive) îi impresionează şi astfel încep să invoce suferinţele adultului şi să refuze să mănânce. Înainte de a apela la diferite medicamente pentru „poftă de mâncare”, părinţii sunt datori să verifice dacă nu este vorba numai de greşeli din partea lor.

Supraalimentaţia constituie de asemenea un pericol. Obezitatea este determinată foarte rar de

10 Vezi şi capitolul despre şcolar (pag. 248-252) şi copilul mic (pag. 201-203).

afecţiuni endocrine etc. De cele mai multe ori este vorba de un aport excesiv caloric prin meniuri încărcate cu făinoase şi dulciuri.

Mâncarea copilului trebuie să fie variată (lapte, brânzeturi, carne, ouă, fructe, zarzavaturi) pregătită cu gust şi prezentată frumos. Copilul va fi obişnuit treptat să se spele singur pe mâini, să folosească singur lingura şi furculiţa. În formarea deprinderii de a mânca singur şi corect, adulţii au un mare rol: copilul îi imită pe aceştia. Supraprotecţia unor părinţi şi mai ales a unor bunici, de a „servi” şi a „îndemna” pe copil ce, cât şi cum să mănânce, va întârzia formarea deprinderii de a mânca singur şi se va prelungi masa în mod inutil.

Se pot da lichide atât între mese, cât şi în timpul mesei, când copilul solicită. În general, un copil are nevoie de cel puţin un litru de lichide pe zi (simple sau încorporate în alte alimente). Apa simplă sau sucurile de fructe naturale neîndulcite sunt de preferat. Copilul va avea un pahar personal.

Orarul. Masa de dimineaţă se dă imediat ce copilul s-a trezit. În general, este la fel ca a adulţilor. La copiii obişnuiţi să se trezească de dimineaţă, se va da o masă mai consistentă (lapte simplu, cu cicoare sau cacao, precum şi o tartină din pâine cu unt şi cu gem sau dulceaţă), iar la cei care se trezesc mai târziu – o masă mai uşoară (1 pahar de lapte simplu sau fiert cu un făinos; ceai cu pâine cu unt şi/sau gem). La copiii care primesc dimineaţa o masă mai consistentă (ou, şuncă presată), masa de prânz se va da mai târziu şi nu

va fi aşa de abundentă.

Masa de prânz constă, potrivit tradiţiilor culinare româneşti, dintr-o supă sau ciorbă, urmată de o mâncare cu carne şi încheiată cu un fruct, compot sau o prăjitură. Mulţi copii acceptă şi mănâncă totul cu plăcere. Alţii se satură cu supă sau cu ciorbă şi refuză felul al doilea, care de fapt este cel mai valoros din punct de vedere nutritiv. La aceşti copii, revenim cu sfatul nostru de a se începe cu felul al doilea mai consistent, iar supa sau ciorba să se dea, eventual, cu ceaşca, în timpul mesei sau după masă. În lipsa cărnii sau a peştelui se vor da brânzeturi cu făinoase, zarzavaturi etc. La copiii mofturoşi se poate folosi sistemul: un sandviş preparat cu pâine tăiată în felii foarte subţiri, peste care se aplică friptură rece tăiată subţire, salam de bună calitate, şuncă presată cu sau fără unt, salată de crudităţi, un pahar de lapte rece şi fructe. Mulţi copii refuză supa şi pâinea: părinţii fac mare caz de acest lucru. Este mai bine să fie înlocuite cu altceva. S-a exagerat mult rolul supelor în alimentaţia copiilor!

Gustarea de la 10 dimineaţa este facultativă. Se dau alimente uşor de digerat, de preferinţă numai fructe. *Gustarea de după amiază* se va fixa în funcţie de pofta şi de preferinţele copilului, precum şi de ora la care se serveşte masa de prânz şi de seară (suc de fructe, un pahar cu lapte sau iaurt, o tartină sau o prăjitură de casă).

Masa de seară. Este bine ca la această masă copilul să mănânce împreună cu toată familia. Tatăl trebuie să facă tot posibilul să vină la timp acasă pentru ca cel puţin seara (la masă, culcare

etc.) copilul să simtă comunitatea „MAMĂ-COPIL-TATĂ”. Ca alimente se indică, îndeosebi, laptele sau derivatele (brânză, brânză topită, caşcaval, iaurt) şi se evită dulciurile şi prăjiturile de cofetărie.

Meniul va fi unic pentru întreaga familie: carne, lapte şi/sau derivate, legume, desert. Copilul mănâncă de toate şi la fel cu toată familia!

Deprinderea de a fi curat şi manierat la masă. Până la 3 ani se acordă o mare toleranţă în modul cum copilul reuşeşte să mănânce: varsă din linguriţă, ţine coada linguriţei şi cum poate, apucă cu degetele, varsă din ceaşcă sau din lingură când duce mâncarea la gură, face fărâmituri şi le aruncă pe jos, soarbe lichidele cu zgomot. Între 3 şi 6 ani părinţii nu trebuie să mai fie indulgenţi cu stângăciile, mofturile, extravaganţele şi indisciplina din timpul mesei. Desigur, nu este vorba de o schimbare bruscă de atitudine. Cu calm, fără ironii, fără moralizări, i se va arăta cum să ţină lingura şi să apuce ceaşca, cum să bea, să soarbă fără zgomot şi cum să mestece cu gura închisă. Toate succesele copilului vor fi lăudate; eşecurile nu vor fi prea sever condamnate. Este foarte important ca toţi membrii familiei să mănânce cu grijă: „bunele maniere” nu se învaţă prin sfaturi, discursuri sau observaţii, ci numai prin exemple. Dorinţa de imitaţie a copilului îl ajută să-şi însuşească indicaţiile celor vârstnici. Insistenţele prea mari declanşează opoziţia bruscă a copilului. Astfel de incidente nu vor fi dramatizate. Dacă părinţii (şi îndeosebi bunicii) îşi vor schimba „metodele”, cu timpul aceste reacţii

vor deveni din ce în ce mai rare.

Hrănirea are şi un rol social, fiind o reuniune şi o comuniune între cei care o împart. Orele de masă în familie sunt ocazii de întâlnire şi de revedere a tuturor membrilor ei, prilej de schimburi de impresii, de descoperire reciprocă, de strângere a legăturilor sufleteşti.

Multe tulburări ale apetitului copilului de la această vârstă se explică prin greşelile ce se fac în legătură cu „ceremonialul" mesei: *a*) tensiune nervoasă; *b*) proasta dispoziţie care transformă în corvoadă alimentară ceea ce ar trebui să fie o reuniune fericită; c) la masa comună i se dă copilului să mănânce altceva decât mănâncă părinţii; *d*) forţarea copilului de a mânca după „prescripţiile" medicale (de exemplu, se refuză să i se dea apă la masă); *e*) lipsa de confort a copilului (scaun prea scund sau prea înalt, masa prelungită, rigiditate în „manierele" părinţilor etc.); *f)* tentativa de a se purta discuţii pe care copilul să nu le audă, să nu le înţeleagă; g) mustrări făcute copilului pentru că „nu mănâncă frumos" sau „nu a fost cuminte în timpul zilei" etc.

Trebuie să i se formeze copilului obişnuinţa de a se spăla totdeauna înainte şi după fiecare masă, precum şi de a se spăla pe dinţi după fiecare masă. Nu este deloc greu dacă o fac şi adulţii din anturajul apropiat.

4.2.4. Probleme de somn

Programul zilei şi somnul. Programul zilnic al copilului de 4 – 5 ani este bine să fie adaptat la programul familiei şi/sau grădiniţei. Este de subliniat încadrarea treptată în colectivitate (prin

intermediul jocului) şi marea importanţă a jocului şi somnului la această vârstă (ca de altfel în întreaga copilărie).

Comparându-l cu o maşină, somnul ar echivala nu numai cu oprirea maşinii, ci şi cu recuperarea pieselor. Aşa se înţelege că somnul nu poate fi înlocuit cu nicio altă situaţie (care permite influenţe exterioare). „Somnul este un proces biologic prin care se realizează o inactivitate care asigură capacitatea de a redeveni activ" (Gesell).

Pentru părinţi, somnul copilului de la 3 la 6 ani este un test foarte bun, atât pentru starea de sănătate, cât şi pentru satisfacţia produsă de condiţiile materiale şi sufleteşti oferite de mediul familial sau de grădiniţă. La vârsta de 3 ani copilul adoarme repede şi uşor. Se va respecta, în continuare, ritualul" cu care este obişnuit să adoarmă: cu o jucărie preferată, cu un mic cântec. După 4 ani copilul vrea să adoarmă cu tatăl sau cu mama sa, cere să i se spună o poveste, vrea să vadă neapărat emisiunea preferată la televiziune sau să i se aducă jucăria sau obiectul de îmbrăcăminte primit recent.

Culcarea înseamnă despărţirea de părinţi. Trebuie să se facă totul pentru ca această despărţire să aibă loc într-o atmosferă paşnică, plăcută. Până la 5 – 6 ani, unii copii (mai ales copilul unic la părinţi) doresc să adoarmă cu uşa întredeschisă. Razele de lumină, zgomotul vocilor părinţilor îi dau un sentiment de siguranţă.

După vârsta de 3 ani, culcarea copilului se va face obligatoriu între orele 19,30 şi 21. Somnul din timpul nopţii este în general mai profund.

Copilul doarme „dus”, destins, cu faţa senină, cu respiraţia regulată, cu membrele relaxate, nemişcat Durata somnului este variabilă. Cei mai mulţi copii dorm în timpul nopţii 11 sau chiar 12 ore, mai ales iarna.

Unii copii au un somn agitat, în cursul căruia se observă că îşi schimbă locul şi poziţia în pat, fac diferite strâmbături ale feţei, mişcări de supt, oscilaţii ale globilor oculari. Manifestările de mai sus ţin de temperamentul copilului, de unele incomodităţi (prea cald, prea învelit etc.) sau de perioadele de vis. Copilul se trezeşte mai târziu, dar totdeauna repede. Va fi deprins să aştepte să se trezească şi restul familiei. Pentru aceasta i se vor pune 1 – 2 jucării preferate, cu care să se joace în pat. Unii se strecoară în patul fraţilor mai mari sau al părinţilor de îndată ce se trezesc.

Copilul nu va fi trezit din somn. Trezirea bruscă declanşează aproape întotdeauna o stare de indispoziţie şi chiar de nervozitate, manifestate prin: ţipete, lacrimi, crize de furie, tristeţe, refuzul de a mânca. Dacă se va provoca în mod repetat scularea bruscă a copilului, se poate ajunge la tulburări permanente. La copiii la care este necesară trezirea mai de dimineaţă şi la ore fixe (grădiniţă etc.), ora culcării de seară va fi cât mai devreme (ora 19), iar familia va evita tot ce întârzie somnul copilului: excesul de impresii (joc, vizite), starea de tensiune în familie, zgomotele, lumina prea vie.

Somnul de amiază (siesta) nu mai este indispensabil după vârsta de 4 ani. Este bine să se asigure la orice copil, cel puţin o oră de repaus în

pat chiar dacă nu doamne. O mare parte dintre copii nu simt nevoia să doarmă în timpul zilei.

Tulburările de somn sunt rare şi puţin importante la preşcolar. Ele dispar de obicei spontan sau se ameliorează prin corectarea unor deficienţe în mediul de familie. Când sunt persistente, corespund unei revendicări din partea copilului (carenţă de sentimente sau lipsa fizică a mamei sau/şi a tatălui).

a) *Somnambulismul* este o stare de automatism inconştient, care se manifestă prin acte coordonate în timpul somnului: merge, face mişcări sau acţiuni fără participarea voinţei (inconştiente), nu pune probleme la această vârstă. Nu se cunoaşte cauza: ar fi în legătură cu un sentiment de insecuritate sau cu o masă copioasă, luată târziu, înainte de culcare. Nu este necesar vreun tratament.

b) *Spaimele* încep adesea la 2 – 3 ani, cu teama de întuneric şi de singurătate. Se pot amplifica şi persista până la 5 – 6 ani. Copilul cere ca lumina să rămână aprinsă; adesea, dacă-i se pune un întrerupător la îndemână (care-i permite să stingă lumina), nu se mai sperie. După 3 ½ ani la unii copii apare frica de animale sălbatice; spre 5 – 6 ani (mai ales fetiţele) se tem ca sub pat să nu se ascundă vreun individ periculos. La 6 ani copiii încep să se teamă de „umbre” sau fantome interpretate ca spioni, hoţi, ucigaşi, strigoi etc., care se ascund după o uşă sau un paravan. Convorbirile necontrolate, comentariile despre evenimente neobişnuite, poveştile de groază, vizionări prelungite şi/sau scene violente la

televizor, conflicte între adulţi, ameninţare cu internarea în spital, închiderea copilului într-o cameră au o contribuţie însemnată în geneza acestor fenomene.

La copiii normali, cu părinţi echilibraţi, spaimele nocturne ale copilului sunt trecătoare.

c) *Visele*. După L.B. Ames, visul ar începe la copil spre vârsta de 2 ani. Spre 3 ani, copilul începe să relateze vise ocazionale; se pare însă că el povesteşte imagini nu numai din vise, ci şi imagini fantastice create de închipuirea lui. La circa 4 ani, expunerea viselor este amestecată cu istorioare şi evenimente reale sau imaginare. Mulţi autori consideră că relatarea viselor nu are baze solide decât spre 7 ani. Se consideră ca fidele numai visele povestite de copil spontan şi imediat ce s-a trezit din somn. Copiii au de obicei vise cu animale fioroase cei urmăresc, cu femei sau bărbaţi urâţi şi deformaţi („babacloanţa”). Temele sunt foarte variate. Ei se visează părăsiţi în pădure, atacaţi şi „mâncaţi”. Foarte des visează că nu pot să alerge, că sunt prinşi de către cineva, că nu se pot apăra. Aceste tipuri de vise se găsesc aproape la toţi copiii şi au o valoare simbolică: de teamă, de părăsire sau de despărţire, de pedepsire.

Visele urâte rare şi coşmarurile izolate nu trebuie să neliniştească pe părinţi: dacă se repetă, mai ales dacă revin cu aceeaşi temă, se va consulta pediatrul şi psihologul, care vor cerceta cauzele profunde, pentru a indica mijloacele de a le corija.

d) *Scrâşnirea din dinţi şi vorbirea în timpul*

somnului se întâlnesc adesea asociate. Aceste dezordini apar înainte de vârsta de 3 ani şi pot persista foarte multă vreme, fiind descrise şi la elevi sau studenţi. Vorbirea în timpul somnului este legată de starea de nelinişte, de anxietatea copilului. Părinţii consultă adesea medicul, atunci când copiii scrâşnesc din dinţi.

Se pare că scrâşnirea dinţilor ţine câteodată de unele caracteristici ale oaselor maxilare, iar alteori de unele tulburări cerebrale. În urma unui studiu aprofundat, K. Abe şi M. Shimakawa au arătat că la copiii care prezentau una sau alta din aceste tulburări, unul din părinţi o prezenta şi la vârsta adultă.

4.2.5. Îngrijiri, deprinderi, performanţe

Din cele expuse mai sus la dezvoltarea motricităţii globale şi fine, limbajului şi sociabilităţii, preşcolarul trebuie să fie capabil de un minimum de „performanţe" care se răsfrâng asupra organizării programului şi îngrijirii:

a) începând de la 3 ani: se îmbracă cu ajutor, se joacă în grup, face un pod din 3 cuburi, copiază un cerc, îşi spune numele şi prenumele, aruncă o minge, se ţine pe un picior timp de o secundă.

b) începând de la 3 ½ ani: se desparte uşor de mama sa, îşi ştie sexul, înţelege şi merge în trei direcţii (înainte, înapoi etc.), sare pe loc şi sare înainte.

c) începând de la 4 ani: îşi încheie nasturii, arată linia cea mai lungă, copiază o cruce, desenează un chip de om (în mod grosolan) din 3 părţi, înţelege cuvinte cu opoziţii („foame", „frig",

„oboseală”), înţelege „pe”, „înăuntru”, „în afară”; sare pe un picior.

d) începând de la 4 ½ ani: copiază un pătrat, desenează un omuleţ din 6 părţi, se ţine pe un picior 5 secunde. Îşi cunoaşte numele, prenumele, vârsta, deosebeşte mâna dreaptă de cea din stânga.

e) începând de la 5 ani: se îmbracă fără ajutor, se ţine pe un picior 10 secunde.

Deprinderile igienice[11] reprezintă o componentă de bază în educarea şi păstrarea sănătăţii. Este bine să se creeze premise (corespunzătoare vârstei) prin care acţiunile de igienă să capete sens şi plăcere. Pentru a ajunge la chiuvetă se va pune la îndemâna copilului un mic scăunel, care să aibă stabilitate. Obiectele personale de toaletă (săpun, burete, prosop, cremă, pastă de dinţi) se aşază pe o policioară corespunzătoare taliei copilului. Oglinda plasată la înălţimea potrivită îi permite să se privească în timpul efectuării deprinderilor igienice (spălat, pieptănat etc.) să-şi desăvârşească cunoaşterea schemei corporale şi să se bucure de aspectul său îngrijit. Copilul va fi îndemnat să păstreze ordine între obiectele personale de toaletă şi îmbrăcăminte.

Cu tact şi calm se va instrui copilul ca începând de la 3 ani să poată face următoarele:

– să se spele singur; într-un lighenaş pus pe o măsuţă scundă sau pe o lădiţă în camera de baie sau în bucătărie; în apartamentele moderne, după

---

11 Vezi şi „Copilul mic (1 – 3 ani)”.

4 – 5 ani va fi învăţat să mânuiască robinetele şi să se spele la chiuvetă;

– spălarea după folosirea closetului şi după joacă;

– folosirea apei şi săpunului din abundenţă;

– să se dezbrace singur – el poate să şi descheie nasturii, să-şi desfacă şireturile; scoaterea îmbrăcămintei de corp (tricouri etc.) se va face cu ajutor până la 4 ½ – 5 ani;

– să se îmbrace singur (performanţă pe care el o doreşte);

– să aşeze în ordine hainele;

– să meargă singur la closet; după „ce-şi fac nevoile” (mai ales după scaun), unii mai au nevoie de ajutorul unui adult, deşi ei ar dori să rezolve singuri şi această „problemă”. Noaptea, unii copii se scoală singuri pentru a merge la „oliţă” sau la closet;

– spălarea pe mâini şi pe dinţi înainte şi respectiv după masă;

– golirea completă a farfuriei, punerea de o parte a veselei cu care a mâncat.

Dimineaţa, după ce se trezeşte, copilul se va scula din pat; lăsarea în pat îl predispune la lene. Dacă trebuie să plece dimineaţa devreme este bine să fie trezit cu blândeţe din timp pentru a începe în tihnă ziua şi a avea timp să mănânce liniştit. Personalitatea lui va fi subminată dacă mama sau bunica îi pregăteşte singură, sub cuvânt că nu este timp sau că este încă mic.

Bunele deprinderi se capătă acum. Dintre acestea, trebuie să se stabilească între copil şi apă o „prietenie” care trebuie să dureze toată viaţa.

Spălarea de dimineaţă trebuie să devină o plăcere. Tonul folosit de părinţi, exemplul lor, temperatura apei, calitatea săpunului, condiţiile de confort pentru spălare (temperatura din cameră, curăţenia şi ordinea din baie, obiecte de toaletă şi spălat la îndemână etc.) şi evitarea pisălogelii sunt elemente care trebuie luate în seamă pentru a stimula pe copil ca toaleta de dimineaţă să devină o deprindere plăcută şi permanentă. Toaleta de dimineaţă include nu numai spălarea mâinilor şi a feţei, ci şi a jumătăţii superioare a corpului („de la brâu în sus”) insistând mai ales în zonele cu transpiraţie abundentă (subţioară, cutele gâtului). Spălarea pe dinţi şi pieptănatul părului sunt obligatorii. Spre 5 – 6 ani, unii copii ajung să facă un duş „de dimineaţă” care, pe lângă curăţirea mai eficace a corpului, are o contribuţie şi mai mare de călire a copilului şi înfrumuseţare a pielii.

Baia de seară generală, în condiţiile vieţii moderne, este bine să se facă zilnic. Pentru ca această baie să fie făcută cu plăcere, copilul va participa la deschiderea robinetelor şi-şi va fixa el singur temperatura şi cantitatea apei din cadă, care nu trebuie să fie prea caldă (în jur de 36,5 – 38,5°C iama şi de 35°-37° C vara). Apa rece şi „duşurile” (cu apă rece sau caldă) se utilizează cu acordul şi plăcerea copilului, începând de la 5 ani, un copil trebuie să poată să se spele singur, este adevărat, sub supraveghere. Este bine ca baia să se facă înainte de culcare. Dacă nu sunt condiţiile necesare unei băi generale (lipseşte instalaţia de baie, frig în casă, excursii, călătorii etc.) copilul va

fi obişnuit să-şi spele cu apă curentă: mâinile, picioarele, gâtul, subsuorile. În astfel de condiţii, baia generală se va face săptămânal.

Nu se va folosi săpun iritant, cu leşie, prea decapant. Se preferă săpunurile „grase” care curăţă fără a dizolva stratul fin de grăsime care protejează pielea.

Tehnica băii. După ce copilul a „intrat” în cadă va fi lăsat să se destindă în apă. Apoi va fi săpunit peste tot (sau dacă este destul de mare, o va face el însuşi). Cu o perie de unghii se vor curăţi bine unghiile de la mâini şi picioare. După vârsta de 4 ani copilul va fi obişnuit să folosească peria de baie care căleşte şi face pielea moale. Se va începe încetişor, niciodată cu brutalitate. Se porneşte de la gambe, genunchi şi spate care sunt zonele cele mai puţin sensibile. Se periază în oval prin mişcări circulare pentru a activa circulaţia sângelui. Se va folosi o perie moale din păr fin, din mătase sau plastic fin. După 6 ani se poate folosi peria din păr de cal. Fie că se spală prin simplă săpunire, fie cu o mănuşă, fie – în sfârşit – cu o perie, mama are datoria de a spăla bine, cu minuţiozitate şi insistenţă pielea copiilor care la această vârstă este plină de praf. O bună fricţiune (în apă şi după baie) constituie şi un tratament care este stimulant pentru copiii lipsiţi de vigoare, dar în acelaşi timp şi de potolire pentru cei nervoşi. De îndată ce copilul iese din apă, va fi înfăşurat cu un prosop mare uscat bine încălzit şi puţin aspru (în cânepă, frotir). Va fi şters de umezeală mai întâi prin tamponare şi apoi prin fricţionare riguroasă şi rapidă. După baie pielea

copilului trebuie să fie rozã, curată şi moale. Apoi se curăţă cu vată pavilioanele urechilor. Unghiile mâinilor se taie rotund, cele de la degetele picioarelor se taie (cu foarfecă sau cu cleştele) drept, fără a tăia deloc din colţuri; degajarea colţurilor poate antrena formarea de unghii încarnate.

Toaleta feţei. Multe mame cred că pentru curăţirea feţei trebuie să săpunească, să frece şi să-i facă să lucească, uneori săi ungă. La mulţi copii obrajii sunt uşor crăpaţi, aspri. Până la 5 ani faţa copilului se spală cu apă obişnuită, cu sau fără săpunire fină; iama se poate aplica seara o cremă cu lanolină în strat foarte fin, fără fricţiune (frunte, obraji, nas şi bărbie). De la

5 – 6 ani, vârsta când copilul îşi face el însuşi toaleta şi când pe faţă apar pete de cerneală, pix, creioane colorate, praf sau murdării acumulate în timpul jocurilor, săpunirea este necesară o dată pe zi, dar cu un săpun de bună calitate sau cremă de ras, care nu înăspreşte pielea, apoi se limpezeşte de mai multe ori cu apă multă, curată. Când copilul ajunge să se spele singur, învăţaţi-l cum să săpunească faţa, cu mişcări fine, fără fricţiuni viguroase şi fără aşi introduce spuma în ochi. Nul certaţi dacă la început se spală ca „un pisoi” (gura, nasul, bărbia).

Îngrijirea părului. Până la vârsta de 4 ani este bine ca părul să nu fie lăsat lung. Pentru băieţi, este un lucru ce se înţelege de la sine. Pentru fete poate reprezenta un mic sacrificiu. Până la 4 ani părul este foarte fin, fragil şi se încâlceşte uşor. La fiecare pieptănătură, se smulge o parte din firele

părului. Este interzisă pieptănătura în „coadă de cal pentru că firele de păr strânse şi trase de un elastic devin din ce în ce mai rare, fine ca un puf în jurul frunţii şi tâmplelor. Aceste fire mai subţiri nu sunt, aşa cum cred unele mame, fire de păr care se regenerează, ci păr bolnav, semn al unei boli numită „alopecia”[12] cozii de cal. La fetiţele pieptănate cu cărare, se va avea grijă ca, după fiecare spălare, să se schimbe locul cărării, pentru a nu da părului bucla definitivă.

Tunsul părului. Este necesar ca tunsul părului să fie făcut în direcţia creşterii, efilând vârfurile şi lăsând ceafa liberă. Nu se tunde părul „până la piele” cu maşina de tuns pe ceafă şi înapoia urechilor.

Periajul. Se aleg de preferinţă perii din păr de porc sau de cal (nu de nylon). Părul copilului se periază în fiecare seară, pentru al curăţi de praful acumulat în cursul zilei. Se periază în toate sensurile, şuviţă cu şuviţă, iar la urmă se piaptănă în sensul creşterii naturale a părului.

Spălarea părului. Se poate folosi la spălarea săptămânală a părului un şampon. Utilizarea prea frecventă a şamponului riscă să-l usuce şi să-l facă mai friabil. Cei mai mulţi copii au părul normal (nici gras, nici uscat), iar folosirea unui şampon prost, a detergenţilor sau a unor săpunuri cu sodă multă, ar avea efecte nefaste.

Temperatura apei de spălare trebuie să fie potrivit de caldă, niciodată prea ridicată. Şamponul se diluează într-un pahar cu apă şi se

12 Căderea părului, parţială sau totală: chelie.

foloseşte în doi timpi. Părul va fi spălat şi apoi clătit de mai multe ori şi cu multă grijă. Ştergerea se face cu un prosop cald şi uscat, fără a freca şi fără a ciufuli părul. Uscarea se poate face cu un uscător de mână reglat la temperatură medie. Pentru a descurca părul după spălare se va folosi de preferinţă un pieptene din os, nu din plastic. Pentru păstrarea unei culori frumoase a părului se recomandă o limpezire finală cu apă limpede.

Aerul, soarele şi mişcarea sunt factori de o importanţă capitală în călirea organismului copilului. Trebuie făcut tot posibilul ca la orice vârstă, dar mai ales la vârsta de preşcolar, copilul să nu stea în casă, ci să-şi ducă viaţa în aer liber.

La familiile care au curte, copilul va fi lăsat tot timpul afară. Pentru un copil între 3 şi 6 ani o grădină este o comoară de nepreţuit. O curte cu grădină care să satisfacă nevoile de joc şi de mişcare ale copilului trebuie să aibă un teren liber şi un colţ cu umbră, unde se aşază o masă mică şi un scăunel, o grămadă de nisip. Într-un loc însorit se instalează un vas (cadă din plastic, un lighean mare întins) care se umple zilnic cu apă proaspătă; încălzită la soare, oferă copilului plăcerea de a se bălăci. În zilele călduroase, copilul va sta complet dezbrăcat şi desculţ. Când soarele este puternic va purta o pălărie. În lipsa grădinii şi pentru locuitorii oraşelor mari trebuie căutate posibilităţi de a pune pe copil în contact cu natura (parcuri, locuri de joacă, bazine de înot etc.).

Vegetalele exercită o acţiune binefăcătoare; florile şi crengile cu frunze pe care le poate pipăi

au o putere de atracţie şi dau o satisfacţie care nu pot fi explicate, dar se simt din plin. Tăvălirea prin iarbă constituie o mare destindere. Pietrele, cochiliile de melci, castanele, ghindele au pentru copil un sens profund, de valoare stabilă, imperisabilă, spre deosebire de flori, crenguţe care se rup, se ofilesc.

Dragostea pentru animale nu este totdeauna uşor de satisfăcut. Adesea copiii cer însoţitorilor să meargă prin faţa unei curţi în care ştiu că sunt animale (câine, pisică, păsări de curte). O atracţie deosebită o constituie pentru copii grădina zoologică, aeroportul, gara, fântânile arteziene.

Igiena picioarelor. Timpul petrecut în aer liber are pentru copil şi avantajul mişcării permanente, urmată de fortificarea musculaturii. Piciorul copilului se dezvoltă cel mai bine când aleargă pe un teren neregulat. Pentru prevenirea piciorului plat copilul va fi lăsat să-şi petreacă zilnic câteva ore desculţ sau în papuci cu talpă subţire. Va fi dojenit când calcă puţin cu vârfurile piciorului înăuntru şi va fi îndemnat să facă unele exerciţii ca: mersul pe vârfurile picioarelor, sărituri, alergare pe iarbă, exerciţii de apucat cu degetele picioarelor. Se recomandă să poarte pantofi solizi (nu ghete) cu talpa flexibilă, cu fixitate suficientă pentru ca vârful piciorului să nu alunece în vârful pantofului. Pantoful prea mic este la fel de dăunător ca şi cel prea mare. Orice pantof are un plus de lungime la vârf (de un deget) pentru creşterea piciorului şi pentru mişcarea în faţă, în timpul mersului. Pantofii „balerini” nu sunt corespunzători deoarece sunt

ascuţiţi şi prea decoltaţi în faţă. Iama, copilul va purta ghete sau cizme. Cizmele din cauciuc sunt contraindicate (nu ţin cald, iar piciorul transpiră).

Îmbrăcămintea trebuie adaptată mobilităţii mari a copiilor şi anotimpului, ferind corpul de răcire, umezeală sau radiaţii solare excesive. Este importantă permeabilitatea hainelor pentru aer şi lumină. Ţesăturile din m şi fibre sintetice sunt mai puţin permeabile, favorizează transpiraţia. Pentru copii, ţesăturile cele mai potrivite sunt cele din bumbac şi lână; se adaugă cele din fibre sintetice, pentru trăinicie. Se aleg ţesături moi, care se spală uşor. Hainele nu trebuie să împiedice mişcările corpului: vor fi croite şi lucrate lejer pe piept, ceva mai strânse pe spate. Copilul în repaus răceşte mai repede decât cel care se mişcă. De aceea, pentru a nu răci, dacă se dezveleşte, pentru somn se preferă pijamaua. Se vor folosi numai obiecte de îmbrăcăminte cu croieli simple pentru a fi uşor îmbrăcate şi dezbrăcate, dar nu se va pierde din vedere elementul estetic.

Rufăria de corp va fi din bumbac (se evită contactul direct al ţesăturilor din fibre sintetice cu pielea). Elasticul nu va fi prea strâns. Pentru un copil mic sunt necesare 6 tricouri şi 6 – 10 perechi de chiloţi. Pieptăraşele pot fi folosite pentru fixarea ciorapilor lungi. Foarte buni sunt ciorapii-pantalon.

Hainele care se poartă pe deasupra. Iarna se recomandă pantaloni lungi care se fixează cu un elastic trecut pe sub talpă. Vara, copilul poartă pantaloni scurţi cu bretele, iar fetiţele – fustiţe. În anotimpul rece: pulover din lână, canadiană (din

fibre sintetice sau doc) căptuşită cu blană, paltonaş din stofă. Importante sunt căciula şi mănuşile, deoarece corpul pierde o cantitate mare de căldură la mâini şi cap.

Jocul şi jucăriile fac parte din nevoile fundamentale ale copilului; îi procură o satisfacţie afectivă, îl preocupă şi-l împiedică să se plictisească. Jocul are şi valoare intelectuală, de descoperire şi stimulare a talentelor, precum şi de exerciţiu de îndemânare. Concentrarea şi ardoarea cu care copilul se poate cufunda în joc, până la uitarea de sine, ilustrează dimensiunea importanţei jocului la această vârstă.

Copilul are nevoie de libertate în joc. Va fi lăsat să-şi caute singur jocul după preferinţe şi dispoziţii. Nu se va interveni cu frânări decât atunci când, din neştiinţă, ar putea produce pagube, îşi pune viaţa în pericol. Unii copii trebuie dirijaţi, în mod discret, să înveţe să se joace singuri. Dacă apelează mereu la însoţirea şi supravegherea excesivă a unui adult, iniţiativa, imaginaţia, spiritul creator nu se dezvoltă.

Trebuie încurajat jocul în societatea altor copii, de vârstă apropiată. Pe lângă faptul că este mai „interesant*” pentru el, jocul cu alţi copii îl formează ca personalitate: pe de o parte învaţă să coopereze, să joace cinstit, să nu trişeze, să spună adevărul; pe de altă parte, relaţionarea cu alţi copii se face cel mai bine prin joc, intrarea în colectivitate fiind astfel pregătită (rol social).

Desfăşurat în aer liber, jocul dă prilej copilului să şi descarce surplusul de energie şi contribuie la călirea şi dezvoltarea armonioasă a

corpului. Nu trebuie evitate zilele mai reci sau chiar ploioase, cu condiţia să fie bine îmbrăcat.

La această vârstă, cei mai mulţi copii iubesc încă jocurile de mişcare (alergare, balansare, tobogan), dar în acelaşi timp capătă gustul cărţilor cu ilustraţii, a jocurilor de construcţie, de modelare: deprind plăcerea de a decupa, lipi şi colora.

După vârsta de 3 ani mulţi copii îşi manifestă dorinţa de a participa la treburile gospodăreşti (fetiţele curăţă mazăre, scot codiţe de la fructe, fac prăjituri împreună cu mama, ajută la măturat, şterg praful; iar băieţii la activităţi în aer liber. Îngrijirea animalelor, lucru manual). Această tendinţă trebuie încurajată, pentru că îi conferă un sentiment de împlinire şi mândrie şi canalizează „jocul” spre activitate practică „utilă”. Spre 5 – 6 ani i se pot repartiza mici sarcini „cu răspundere”. Din când în când poate primi o recompensă.

Alegerea jucăriilor pentru un copil trebuie să ţină seama de vârsta sa mentală în raport cu vârsta reală, de sexul, de interesele şi capacităţile sale. Unii copii de 4 ani desenează tot atât de bine ca alţii de 6 ani, în timp ce alţii, cu inteligenţă egală, nu ştiu să deseneze şi nici nu manifestă interes pentru desen.

Nu toate jucăriile au valoare educativă (cele mai scumpe nu sunt şi cele mai potrivite!). Jucăriile complicate reţin atenţia pentru puţin timp, apoi sunt părăsite sau demontate, „cercetate”. O păpuşă mare şi scumpă nu va place în mod obligatoriu mai mult decât una comună,

care poate fi mânuită şi iubită mai bine. O mobilă în miniatură, cu veselă, rochiţe de schimb şi resturi de ţesături pentru păpuşi sunt preferate de cele mai multe fetiţe. Îşi exersează deprinderea de a îmbrăca şi dezbrăca păpuşa, spală „rufele” şi vasele etc. Pentru băieţi modele simple de automobile, tractoare, avioane, o roabă etc. constituie un „parc de vehicule” cu care imaginaţia lui îşi poate da frâu liber.

Trotineta, tricicleta, mingea sunt potrivite pentru jocul în aer liber. Pentru ocupaţiile „statice” se vor alege, cum am mai spus: cărţi de colorat, jocuri de construcţie simple, mozaic din plastic, loto cu imagini, jocuri cu mărgele, lucru manual (de cusut şi ţesut, pentru fetiţe). Spre 6 ani se introduc jocuri cu cifre şi litere.

Nu se vor dărui copilului multe jucării deodată, deoarece îl plictisesc. Se poate oferi un sertar dintr-o comodă, un cufăr, un raft dintr-un dulap unde să-şi păstreze jucăriile. Va fi îndemnat (şi supravegheat) ca după ce s-a jucat să le strângă şi să le pună la loc.

4.2.6. Sportul

Contribuie la dezvoltarea armonioasă a corpului şi a minţii. Romanii au spuse înaintea noastră: „Mens sana in corpore sano” (Minte sănătoasă în corp sănătos). S-a dovedit că exerciţiul fizic corect făcut permite o mai bună dezvoltare a aparatului cardiovascular şi a celui inspirator, de care copilul va profita toată viaţa. Trebuie ştiut însă că un antrenament excesiv şi condus într-un mod inconştient poate avea

consecinţe nefaste asupra dezvoltării copilului. Pe termen lung, sportul este o asigurare împotriva pericolelor civilizaţiei (deformări ale coloanei vertebrale, obezitate, ateroscleroză etc.). Când practică un sport copilul se va dezvolta mai bine, va avea mai multă încredere în el, mai bune legături cu alţii şi va fi mai în largul său în viaţa de toate zilele. La sfatul medicului pediatru, copilul poate fi dirijat spre anumite sporturi pe care să le practice sub formă de exerciţii „de începător”.

Gimnastica este un sport complet care se poate practica în toate anotimpurile şi care se poate începe chiar din perioada de sugar. Gimnastica îmbină elemente de dans şi acrobaţie cu exerciţii la aparate (bară fixă, bârnă, cal, paralele, inele) şi dezvoltă supleţea, agilitatea, graţia, frumuseţea corpului. Singurul inconvenient al acestui sport este că se practică mai mult în sală.

Nataţia (înotul) este sportul cel mai complet şi cel mai adaptat pentru o dezvoltare armonioasă a corpului (muşchilor), respiraţiei şi circulaţiei. Toţi copiii ar trebui să înveţe să înoate şi să se antreneze în mod regulat. În ultimii ani s-a făcut mult zgomot prin mijloacele de informaţie pentru marele public despre „sugarii-înotători”. Introducerea precoce a copiilor în bazine ar permite o obişnuire precoce şi originală cu apa. Desigur nu se poate învăţa crawl (craul) sau brass la 6 luni! Pentru a se ajunge la coordonarea mişcărilor şi respiraţiei trebuie aşteptat 5 – 6 ani. Am vrea să precizăm că tentativele de a învăţa pe copil să „înoate” sub vârsta de 3 ani trebuie făcută

în bazine speciale de către adulţi pricepuţi. Unul din scopurile procedeului este de a duce pe copil la o autonomie completă în apă şi de ai uşura dezvoltarea psihomotorie prin mişcări în mediul acvatic. Undele mediului acvatic, percepţiile senzoriale, jubilarea motorie constituie prilejuri de plăcere unică pentru copil. Contactul cu apa, jucăriile şi părinţii îl ajută pe copil să-şi structureze spaţiul său şi să cunoască propriul corp. Se ştie că fiinţa umană nu foloseşte decât o parte din posibilităţile sale psihomotorii. Bogăţia de senzaţii, de stimulări care intervin în această experienţă, constituie un mijloc de a creşte facultăţile sale fizice şi psihice. S-a spus că scoţându-l din scutece, se contribuie la stimularea şi transformarea unui „bebe asistat" într-un „bebe autonom". La familiarizarea cu apa, un rol important îl au relaţiile „mamă-copil" şi „tată-copil", modul cum este acceptată apa de către mamă (teamă, plăcere) şi îndemânarea celui ce introduce şi asistă pe copil în apă. Trebuie ştiut că autonomia completă a copilului în apă apare între 24 şi 36 luni. Este vorba de o motricitate adaptată pentru menţinerea la suprafaţă („înotul câinelui mic").

În practică, înainte de a lansa un copil mic în apă ar trebui:

– baia zilnică să fie primită cu plăcere de către copil;

– pe măsură ce copilul creşte să se acorde o perioadă mai prelungită îmbăierii, cu jocuri în apă şi cu „bălăceală";

– de la cada mică se va trece la cada mare a

familiei, bineînţeles cu „asistenţa” atentă a mamei, în jurul vârstei de un an;

– vara, în curte se va improviza un „bazin” în care copilul să se bălăcească toată ziua (cada de plastic, de tablă galvanizată, de plastic gonflabilă, la marginea râurilor etc.).

Numai după aceste pregătiri prealabile se va trece la ceea ce preconizează unele cercuri de părinţi: la adevăratele exerciţii de „bebe-înotători”.

– Se alege o piscină cu antrenori (monitori) special formaţi pentru copiii mici; instruirea nu se improvizează, ci este bine codificată.

– Se verifică starea apei (curăţenie, temperatură): este de mare importanţă ca în apă, copilul să nu aibă senzaţia de frig. Aerul din jurul bazinului trebuie să fie curat şi cu temperatură corespunzătoare, plăcută.

– Se prevăd şedinţe regulate şi suficient de apropiate (una sau două şedinţe pe săptămână). Nu se încep şedinţele de înot dacă părinţii nu pot merge la bazin decât o dată pe lună (ar trebui să fie luat totul de la început).

– Părinţii înşişi trebuie să fie obişnuiţi şi să le placă apa, deoarece copilul simte uşor anxietatea lor şi nu progresează. Şedinţele sunt progresive, se fac sub supravegherea antrenorului şi se adaptează la fiecare copil.

Spre 5 – 6 ani copilul poate merge la cursuri de înot organizate în grup şi conduse de un specialist, fără prezenţa părinţilor.

Bicicleta se practică devreme. La început (înjur de 1 ½ – 2 ½ ani) copilul este în stare să

meargă pe tricicletă; între 3 şi 4 ani se poate trece la bicicleta cu roţi mici. Este un sport excelent pentru dezvoltarea aparatului cardiovascular şi a musculaturii membrelor inferioare. De cele mai multe ori, este considerat ca un joc.

Mersul (drumeţia, plimbarea) este o activitate a timpului liber din familie. În fiecare zi copilul va fi dus la plimbare (1 – 2 ore pe zi) iar în vacanţe „drumeţia" va fi în funcţie de vârsta copilului, de climat şi de relief, de câteva ore în fiecare zi.

Dansul clasic sau ritmic este foarte apreciat, mai ales de fetiţe. Se poate practica de la 3 ani. Pe lângă efectele de gimnastică „corectivă" (picior plat, abdomen mare, deformări ale coloanei vertebrale etc.), are un efect binefăcător asupra copiilor timizi, instabili, negativi şti.

Patinajul este un sport tehnic nu totdeauna accesibil, înrudit cu dansul şi care dezvoltă echilibrul, graţia, supleţea, curajul. Poate fi început la 3 ani.

Patinajul dezvoltă detenta, echilibrul, stăpânirea gesturilor; are influenţă asupra muşchilor gambelor şi coapselor şi asupra siluetei. La copiii mici este un excelent exerciţiu de pregătire pentru schi.

Patinele cu rotile reprezintă o formulă de sport foarte răspândită a tuturor copiilor.

Schiul este un sport care poate fi practicat foarte devreme şi care face parte din viaţa zilnică din regiunile muntoase înzăpezite. Pentru copilul de la oraş schiul este un bun mijloc de a profita de altitudine şi de un climat sănătos, cu ameliorarea echilibrului şi motricităţii.

Copilul trebuie să fie îmbrăcat călduros, eventual cu cască pe cap şi cu ochelari împotriva reflecţiei razelor solare. Şedinţele nu trebuie să fie prea lungi; înainte de a schia, copilul trebuie să fi beneficiat de odihnă şi de o masă consistentă (dar nu copioasă). Instruirea se face la început sub formă de jocuri.

În încheiere, am vrea să precizăm că jocurile obişnuite oricât ar fi de indispensabile şi de plăcute, nu sunt suficiente. Jocul dea v-aţi ascunselea, plimbarea, zbenguiala sunt necesare, vor duce la gambe puternice, dar muşchii braţelor şi ai spatelui nu se vor întări. După 3 ani şi până la 5 – 6 ani, la jocuri trebuie să se adauge una sau două activităţi din următoarele sporturi: nataţia, gimnastica, bicicleta, dansul ritmic, schiul, patinele cu rotile, patinajul. Antrenarea copilului în activităţile gospodăreşti constituie un mijloc excelent de călire şi de inserţie socială.

4.2.7. Mici probleme de educaţie

Alegerea unui animal de casă. Copiii iubesc animalele şi sunt încântaţi dacă părinţii le permit prezenţa în casă. Prima condiţie, ce trebuie respectată la alegerea unui animal de casă, este ca acesta să se potrivească particularităţilor căminului şi situaţiei familiei. Un considerent major trebuie să fie talia animalului ales şi necesităţile sale de mişcare: un câine foarte mare este evident nepotrivit pentru un apartament sau o locuinţă de oraş cu grădină mică. O alegere potrivită pentru astfel de condiţii o constituie un animal mic cum ar fi: o pisică, un câine de

apartament, un hamster, un cobai, un iepure de casă. Un alt criteriu îl constituie costul de întreţinere: un câine mare poate fi o problemă, în timp ce întreţinerea unui animal mic este mai lesnicioasă. Problema care se pune înainte de alegerea şi achiziţionarea unui animal de casă este responsabilitatea pe care o poartă întreaga familie faţă de acest animal, în creşterea, dresarea, asigurarea unui culcuş, a unei atmosfere agreabile. Copiii sunt încântaţi în a coopera la îngrijirea animalului şi trebuie încurajaţi să vegheze asupra tuturor necesităţilor lui, dar greul şi munca responsabilă şi constantă va cădea tot pe umerii adulţilor. Copiilor mai mari le place adesea să simtă responsabilitatea deplină pentru protejatul şi prietenul lor. Vacanţele pot fi problematice dacă animalul nu poate însoţi familia. De aceea, înaintea alegerii trebuie verificat dacă există posibilitatea ca pe durata vacanţei „odorul” poate să fie lăsat în grija cuiva. Tot înainte de alegerea animalului se va cere sfatul medicului pediatru care va avea în vedere criteriul vârstei potrivite a copilului, şi eventuale stări patologice (alergii).

Animale şi păsări de casă cu răspândire largă sunt: câinele, pisica, hamsterul, iepurii, cobaiul, canarii, papagalii mici, peştişorii etc.

Animale şi păsări neobişnuite ţinute în casă: gâscă, găina, şoricelul, papagalii mari, corbul, cioara, porumbeii, broasca, diferite insecte etc.

Grija de zi cu zi faţă de animal contribuie la educarea copilului, dezvoltând simţul de răspundere. Un animal oferă copilului o

alternativă de investiţie afectivă şi se supune unei nevoi instinctive de societate, îngrijire, creştere.

Copilul poate fi martorul (într-un mod foarte natural) al ritualurilor nupţiale şi al naşterii puilor. Mai mult, experienţa pierderii sau a decesului prietenului animal ar putea fi un ajutor în trecerea peste durerea provocată prin pierderea celor dragi – peste ani. Pentru copilul unic la părinţi, un câine mic sau o pisică rezolvă parţial nevoia de joc, de mişcare şi de contact social.

În foarte rare cazuri, animalele crescute în casă reprezintă o ameninţare pentru copil. Se recomandă ca animalul să fie examinat la achiziţionare şi periodic de un medic veterinar. Dintre bolile transmise de animale cele mai frecvente sunt unele urticarii, alergii respiratorii, parazitoze ale pielii şi intestinale; mai rar pot transmite boli ca: boala ghearelor de pisică, turbarea, toxoplasmoza, ornitoza, psittacoza, salmoneloza, colibaciloze. Pieptănatul, protecţia împotriva paraziţilor (purici, căpuşe) pot preveni în mare măsură apariţia unor afecţiuni la copil. Mai periculoase sunt contactele copilului cu excrementele animalului, fapt pentru care instruirea animalului de casă pentru curăţenie este esenţială. Faţă de animalele care muşcă, copiii trebuie instruiţi să nu se „tutuiască” cu ele. Animalele trebuie vaccinate conform legilor în vigoare.

Autoritatea părinţilor se mărginea altă dată la a da ordine care nu ţineau seama de personalitatea copilului. În zilele noastre, revendicările unor psihologi în favoarea copilului

au fost adesea greşit interpretate, încât unii educatori au considerat că nu trebuie nimic poruncit şi nici interzis copilului (să creat chiar un curent de „educaţie antiautoritară”). Conduita corectă este la mijloc: copilul trebuie, într-adevăr, respectat în nevoile lui esenţiale, dar în acelaşi timp este necesară o autoritate vigilentă pentru al învăţa limitele puterii sale, a deveni disciplinat în vederea unei inserţii sociale eficiente. Principalul sfat dat de psihologi vizează formularea ordinelor: ele trebuie să fie totdeauna clare şi precise, să fie pe înţelesul copilului, să nu fie retrase.

Recompense şi pedepse. Recompensa nu trebuie înţeleasă într-un sens restrâns (dacă va face un anumit lucru sau va fi „cuminte”, va căpăta o prăjitură), pentru că ar duce la un comportament condiţionat. Atmosfera sănătoasă, destinsă în familie, cu mici festivităţi vesele, organizate spontan, reprezintă cel mai bun stimul pentru comportarea „corespunzătoare” a copilului. Pedeapsa este indispensabilă pentru unii copii care au comis o faptă interzisă. Nu sunt necesare pedepsele corporale; copilul resimte mult mai dureros retragerea afecţiunii şi indiferenţa părinţilor. Pedeapsa dreaptă şi adaptată greşelii îl eliberează pe copil de sentimentul de vinovăţie. Pe de altă parte, pedepsele inutile, „descărcarea” nervilor unui adult, precum şi orice act de nedreptate, nu sunt uitate niciodată de copil.

Sunt interzise: *a*) ameninţarea cu bătaia, fără a o aplica vreodată; *b*) interdicţia să mănânce (ca măsură disciplinară); c) a speria copilul cu poveşti

de groază; *d*) a promite o pedeapsă pentru mai târziu (copilul uită delictul!); *e*) a promite o recompensă şi a nu respecta promisiunea făcută; f) contradicţiile şi lipsa de unitate a adulţilor în probleme de educaţie.

Grădiniţa. Vârsta la care un copil poate frecventa grădiniţa se va stabili după un consult cu medicul pediatru şi – eventual – cu psihologul de la dispensarul policlinic. Admiterea la grădiniţă se va face în funcţie de: *a*) gradul de maturitate fizică şi neuropsihică; *b*) starea de sănătate; c) mediul familial; *d*) adaptarea cu colegii de grădiniţă şi cu educatoarea.

Copilul care frecventează grădiniţa se deprinde să se scoale la ore fixe, să aibă un program ordonat al zilei, să mănânce, să se spele pe mâini, să se îmbrace şi să se dezbrace singur. Programul de instruire („lecţiile”) îl pregăteşte în vederea şcolarizării, iar disciplina şi viaţa în colectivul de copii acţionează pozitiv în sensul socializării lui.

Pot fi descoperite acum unele tulburări uşoare trecute cu vederea până la frecventarea grădiniţei: dificultăţi de atenţie, de concentrare, neîndemânarea, memoria deficitară, dificultăţi de înţelegere, defecte de vorbire, timiditate, tulburări ale auzului sau văzului. Unele din aceste deficienţe pot fi corectate până la intrarea în şcoală.

5

REŢETE CULINARE

5.1. Produse industriale pentru alimentaţia sugarului

Generalităţi. Produsele industriale destinate alimentaţiei sugarului şi copilului mic sunt prezentate de către fabricile producătoare în ambalaje ermetic închise (cutii de tablă, pungi de plastic, pungi de hârtie impermeabilă). Au avantajul că asigură un produs eu compoziţie şi sterilitate garantată. Depozitate corespunzător (în încăperi uscate răcoroase) se pot păstra trei luni de zile.

Pe ambalajul produsului industrial trebuie să fie înscrise şi în limba română: compoziţia preparatului, modul de preparare (şi cantitatea de produs recomandat), vârsta de la care se poate administra sugarului, data fabricaţiei şi durata valabilităţii. Înainte de folosire se impun câteva precauţii: a) se verifică termenul de valabilitate al produsului: b) se controlează dacă ambalajul este în stare perfectă (cutiile să fie ermetic închise, pungile de hârtie sau plastic să nu fie rupte sau umezite; c) se face controlul organoleptic al produsului: pulberea de lapte trebuie să fie omogenă, fina, alb-gălbuie, catifelată la palpare, fără grunji, să aibă gust şi miros caracteristic; dacă pulberea este aglutinată în bulgări, arc culoare mai închisă sau verzuie, miros lânced sau gust amar, nu va fi administrată copiilor; d) nu se

folosesc produse din cutii deschise de mai multă vreme; e) pentru care perioadă a copilăriei este valabilă; *f*) compoziţia exacta a conţinutului.

Produse din lapte

Alegerea şi modul de preparare a produsului din lapte pentru sugar se vor face la indicaţia medicului, în fonetic de vârsta, toleranţa digestivă şi stărui de nutriţie sugara lui. Se va respecta concentraţia indicată pe ambalaj sau cea recomandată de medic (care are datoria de a o adapta la fiecare caz în parte).

Lichidul de diluţie (în care se resuspendă pulberea de lapte) poate fi: apa simplă fiartă (pentru nou-născutul în primele 2 săptămâni de viaţă şi pentru preparatele adaptate), apă (decoct) de orez 2 – 3% sau mucilagiu de orez. Acesta se prepară pentru 24 de ore şi se păstrează la frigider.

Îndulcirea se face cu zahăr în concentraţie *5*% (dacă instrucţiile de pe ambalaj nu prevăd altfel), cu excepţia preparatelor adaptate şi parţial adaptate, care nu necesită zahararea. Trebuie subliniat că după adăugarea zahărului, laptele mai trebuie dat o dată în clocot (se poate folosi siropul de zahăr).

Produsele de lapte destinate alimentaţiei sugarului au fost prezentate anterior.

Produse din cereale, fructe şi legume

Se pot prezenta sub formă de pulbere (de exemplu făinuri de cereale, simple sau în amestec) care necesită a fi fierte înainte de folosire (făină de orez, zeamil) sau nu (preparate instant), sau

sub formă de pireuri la borcănele. Şi acestea din urmă pot conţine un singur fel de fructe sau legume (morcov, măr, piersică, un amestec de fructe şi/sau legume (morcov cu măr, măr cu gutuie etc., sau pot avea adaosuri (cereale, carne etc.).

Pe eticheta acestor produse va fi menţionată la vârsta care se recomandă folosirea, compoziţia preparatului şi durata de valabilitate. Pireurile destinate sugarului poartă menţiunea „Baby", iar cele pentru copilul la care funcţia masticatorie este prezentă – menţiunea „Junior" (peste un an). Înainte de folosirea pireului acesta va fi uşor încălzit într-un vas cu apă caldă. Borcanul început nu se păstrează mai mult de 24 ore (la rece). Este de preferat să fie consumat, ia cu singură masă. În cazul în care copilul se satură cu cantităţi mai mici, conţinutul se porţionează pe mese sau zile; nu este permis să se păstreze alimentul din care să servit (saliva copilului duce la degradarea în timp a alimentului respectiv).

5.2. Reţete pentru sugar

Reguli generale pentru pregătirea preparatelor din fructe sau zarzavaturi. Pentru păstrarea valorii nutritive a alimentelor (în special a vitaminelor) şi evitarea îmbolnăvirii copilului (contaminarea cu diferiţi germeni patogeni sau cu substanţe toxice), se vor respecta următoarele reguli:

– persoana care prepară alimentele se va spăla pe mâini cu apă şi săpun, iar vasele şi ustensilele folosite se vor spăla cu detergent şi se

vor opări încă o dată înainte de întrebuinţare;

– fructele şi legumele crude se aleg cu grijă şi se spală din abundenţă cu apă sub jet;

– se folosesc numai cuţite inoxidabile;

– vasele de bucătărie pentru copii vor fi din material special (oţeluri speciale) sau smălţuite;

– prepararea (curăţire, tăiere, răzuire) se face cu puţin timp înainte de fierbere pentru a nu fi păstrate prea mult în apă. Alimentul preparat se serveşte cât mai repede după fierbere; în caz contrar, se răceşte imediat şi se păstrează la frigider sau congelator;

– alimentele se fierb cât mai scurt timp posibil, în cantitate mică de apă şi în vase acoperite cu capac; apa de fierbere nu se aruncă (conţine vitamine şi săruri minerale).

Apa (*decoctul*) *de orez*. Pentru prepararea apei de orez sunt necesare:

30 g orez (6 linguriţe sau 2 linguri cu vârf); 50 g zahăr (10 linguriţe); un litru de apă. Se alege orezul de impurităţi, se spală cu mai multe ape şi se lasă să se înmoaie aproximativ 1/2 – 2 ore în apă rece. Apoi se completează apa în care a stat orezul până la 1 ½ litru şi se fierbe la foc domol aproximativ o oră până când bobul de orez „înfloreşte” şi se zdrobeşte uşor, iar apa scade la un litru (în timpul fierberii se amestecă pentru ca orezul să nu se prindă de fundul vasului). Se strecoară printr-o sită sau prin tifon, se adaugă zahărul şi se mai dă în fiert câteva clocote. Se foloseşte ca lichid de diluţie pentru preparatele din lapte praf sau ca aliment de tranziţie în boala diareică. Se îndulceşte cu zahăr 5%. Poate fi

preparată şi din făină de orez sau din „cereale de orez” instant.

Biscuiţi pentru sugari: 530 g fainã, 250 g zahăr pudră, 250 ml lapte, 60 g unt, un vârf de cuţit de bicarbonat.

Se frământă un aluat, se taie biscuiţi de formă dreptunghiulară şi se coc la foc potrivit în tava tapetată cu fainã. După răcire se trec prin maşina de tocat (ca pesmetul de pâine) şi se păstrează într-o cutie bine închisă. Se folosesc (opăriţi în prealabil) cu suc de fructe sau cu măr ras (4 linguriţe de pesmet pentru un măr mare ras) sau alte fructe strivite şi ca adaos la lapte sau iaurt.

Biscuiţi cu brânză de vacă. 2 – 3 biscuiţi (pesmet) se opăresc cu 100 – 150 ml apă. După răcire se adaugă 50 g brânză de vacă şi 1 – 2 linguriţe sirop de zahăr. Se mai poate adăuga suc proaspăt de fructe (mere, piersici, portocale) sau de roşii.

Brânză de vaci. Se prepară atât din lapte nefiert, cât şi din lapte fiert. Pentru sugari se recomandă prepararea numai din lapte fiert.

a) Brânza de vacă din lapte nefiert. Laptele este lăsat să se prindă la temperatura unei camere încălzite sau şi mai bine pe o plită caldă. După 12 – 24 de ore se ia smântână şi se pune laptele la foc moale, amestecând mereu, până când se formează cheaguri mari de brânză. Se lasă să se răcească, apoi se pune într-un săculeţ de tifon, sau se trece printr-o sită deasă pentru ca să se scurgă zerul. Atenţie la calitatea laptelui!

b) Brânza de vacă din lapte fiert. Laptele fiert

se însămânţează cu maia, specială sau cu iaurt preparat cu o zi înainte (2 – 3 linguriţe la 200 ml lapte) şi se pune la prins la temperatura camerei sau şi mai bine pe o plită sau pe un calorifer cald. În continuare, modul de preparare este acelaşi ca pentru brânza de vacă din lapte nefiert.

c) Brânza de vacă preparată rapid cu lactat de calciu. Se fierbe 1 litru de lapte de vacă sau lapte praf integral. După ce se răceşte puţin se adaugă 8 – 10 comprimate de lactat de calciu (4 g) pisate în prealabil. Se lasă să se răcească, apoi se pune la scurs într-un săculeţ de tifon. Brânza astfel obţinută se trece eventual printr-o sită deasă, pentru a se obţine grunji fini. Este necesară o cantitate de lapte de 4 – 5 ori mai mare decât cantitatea de brânză pe care dorim să o pregătim (pentru 200 g brânză este necesar circa 1 litru de lapte).

d) Brânza de vacă preparată cu cheag. Se fierbe 1 litru de lapte şi se lasă să se răcească la temperatura corpului. Se adaugă 10 g (2 linguriţe) de cheag. Se lasă să stea timp de 12 ore, pentru a se separa brânza de zer, apoi se scurge zerul (în săculeţ de tifon).

Budincă de făinoase cu lapte cu sau fără brânză. 3 linguri de orez spălat sau 3 linguri de griş, fiert bine în 250 ml apă, până scade apa. Se trece prin sită, se adaugă 200 ml lapte cald şi se amestecă cu 50 – 100 g brânză de vacă, o linguriţă de unt, un gălbenuş de ou frecat cu 30 g zahăr, iar la urmă albuşul bătut spumă. Se răstoarnă compoziţia într-o cratiţă unsă cu unt şi presărată cu pesmet; se dă la cuptor până se rumeneşte

bine.

Budincă de făină de cereale. 250 ml lapte, 40 g cereale (porumb, grâu, ovăz etc.), 5 g unt, 25 g zahăr, 1 ou.

Se fierbe zahărul în puţină apă amestecat cu unt. Separat, cerealele se pun în puţină apă şi, după ce se obţine o pastă omogenă, se toarnă în vasul cu lapte. Se fierbe totul, amestecând mereu, până rezultă un amestec consistent. Se lasă totul să se răcească, se adaugă gălbenuşul şi, în sfârşit, albuşul bătut spumă. Compoziţia rezultată se transvazează într-un vas înalt, care se pune într-o baie de apă şi se fierbe circa 3/4 de oră. În stare caldă, se răstoarnă pe un platou şi se serveşte cu garnitură de dulceaţă sau de fructe (mere rase, zmeură bine sfărâmată, suc de afine sau de vişine). Se foloseşte la sugarul peste 10 luni şi la copilul mic.

Găluşti cu griş. 1 litru apă, un ou, griş. Se pune la fiert apa. Pregătirea găluştelor se face numai după ce apa a dat în clocot. Se bate bine un ou cu furculiţa şi se adaugă griş, în ploaie, până se obţine o pastă nu prea vârtoasă. Se înmoaie linguriţa în apă clocotită şi se taie găluşti subţiri (cresc în apa fierbinte), care se scufundă treptat în apa care clocoteşte. Se fierb în vasul acoperit, până se ridică şi plutesc la suprafaţă. Se controlează dacă sunt pătrunse.

Griş cu lapte (5% griş şi 5% zahăr). Pentru o porţie de 200 g sunt necesare 200 ml lapte, 75 g apă, 10 g griş (2 linguriţe) şi 10 g zahăr (2 linguriţe). Laptele cu apa şi zahărul se pun la fiert; când fierbe în clocot se adaugă grişul „în ploaie”,

adică presărat câte puţin, amestecând repede, ca să nu se facă cocoloaşe. Se fierbe timp de 10 minute la foc potrivit, până ce rămâne cantitatea de 200 g.

Iaurtul Laptele este fiert şi răcit la 20 – 24°. Se adaugă maia din iaurtul din ajun (2 – 4 linguriţe de maia la 200 ml lapte) şi se amestecă bine. Se ţine la temperatura camerei timp de 5 – 8 ore sau se pune în apropierea unei surse de căldură (plită, calorifer sau sobă caldă), în care caz iaurtul se prinde mai repede. După ce să prins, iaurtul se pune la rece şi se dă copilului în cel mult 24 de ore de la preparare.

Mucilagiul de orez. 50 g orez (2 linguri cu vârf), 50 g zahăr (10 linguriţe), 1 litru de apă.

Cele 50 g de orez se curăţă de impurităţi şi se spală. Se lasă să se înmoaie aproximativ 1 – 2 ore, în apă rece, apoi se completează apa în care a stat orezul până la 1 litru şi jumătate. Se lasă să fiarbă la foc potrivit, timp de 1 oră, până când boabele se macerează şi apa scade la 1 litru (în timpul fiertului se amestecă pentru ca orezul să nu se prindă de vas). Când este bine fiert se răstoarnă într-o sită deasă şi se pasează orezul de 1 – 2 ori. Se adaugă 50 g zahăr, şi se mai dau 2 – 3 clocote. Mucilagiul de orez se foloseşte la sugar, ca dietă în diaree.

Orez pasat cu brânză de vacă. Pentru o porţie de 200 g sunt necesare: 150 g orez fiert în apă şi trecut prin sită sau 150 g de cereale – instant de orez –, 50 g brânză proaspătă de vacă, 4 linguriţe de sirop de zahăr. Se amestecă bine totul. Se poate adăuga, pentru variaţia gustului: pireu de

mere sau câteva linguriţe de zeamă de roşii sau de citrice, 1 – 2 linguriţe unt sau frişcă proaspătă (preparată în gospodărie).

Papanaşi fierţi. 200 g brânză de vaci, un ou.

2 linguriţe de griş, 1 – 2 linguriţe de unt sau margarină.

3 linguriţe de caimac, 30 g zahăr.

Se freacă bine brânza de vaci cu gălbenuşul, se adaugă grişul şi albuşul bătut spumă. Separat, se clocoteşte apa. Se taie cu lingura găluşti care se pun la fiert în apa clocotită. Se fierb până ce se ridică şi plutesc la suprafaţă, apoi se scurg şi se servesc calzi, cu zahăr pudră.

Perişoare de carne. La o tocătură trecută de două ori prin maşină, compus din 40 g carne (mânzat, piept de pasăre) şi 10 g pâine albă, se adaugă o lingură de apă rece şi un gălbenuş de ou; se amestecă bine şi se fac perişoare de mărimea unei nuci mici, 4 – 5 la o porţie; se introduc în supa care clocoteşte, cu 20 – 30 de minute înainte de a se servi. Se pot da la sugarul după vârsta de 7 – 8 luni.

Pesmet din pâine albă. Se taie pâine albă în felii subţiri şi se aşază într-o tavă care se introduce în cuptor la foc domol. Pentru a se rumeni uniform se întorc de 1 – 2 ori; se va evita carbonizarea parţială. După răcire, se pisează într-un mojar sau se macină cu maşina de pesmet. Pesmetul obţinut se cerne şi se păstrează în borcane sau cutii ermetic închise, aşezate într-un loc uscat. Se foloseşte la fierturi cu lapte, la pireurile de fructe proaspete, la budinci etc.

Pireul de banane. O banană mare, bine

coaptă, se striveşte cu furculiţa şi se freacă spumă cu 1 – 3 linguriţe de sirop de zahăr. Se adaugă apoi 1 – 2 linguriţe pesmet, cereale instant sau biscuit şi se amestecă bine. Pentru a-i schimba consistenţa, se poate adăuga, la nevoie, o lingură de lapte condensat, lapte proaspăt, suc de fructe (de lămâie sau de portocală, zmeură, căpşuni etc.), sau 1 – 2 linguri brânză de vacă.

Pireul de cartofi. Se aleg 200 g cartofi de bună calitate, se spală şi se fierb. După ce sau fiert se strecoară apa, iar cartofii se curăţă de coajă, se pasează, iar la copilul peste un an se sfărâmă cu furculiţa şi se mixează, se pune puţină sare, 2 – 3 linguri lapte şi se amestecă. Pireul de cartofi se poate îmbogăţi cu o linguriţă de unt sau margarină sau circa 20 g caimac ori smântână de bună calitate. Se pune pe sobă şi se bate cu telul până arată ca frişca.

Pireul de spanac este folosit după vârsta de 8 luni. Din cauza gustului amărui, nu este acceptat de toţi sugarii.

Se aleg frunze fragede, verzi, mai tinere, înlăturându-se codiţele. Se spală în mai multe ape reci, se scurg bine de apă. Pentru aşi păstra sărurile minerale şi vitaminele, se opăresc cu apă fierbinte înainte de a fi pus la fiert. Apoi se fierbe în apă puţină, timp de 5 – 10 minute, până se înmoaie foarte bine. Se toacă mărunt şi se pune din nou în puţină apă în care a fiert, adăugându-se o linguriţă de unt sau de margarină şi puţină făină de pesmet. În loc de unt şi pesmet se poate adăuga la copilul mai mare şi puţin rântaş din unt şi făină (o linguriţă de făină se prăjeşte într-o

tigaie până se rumeneşte făina, stingându-se cu apa în care a fiert spanacul. Spanacul preparat cu rântaş este mai gustos. Dacă se adaugă puţin lapte sau pireu de cartofi, dispare gustul amărui. Se poate încerca şi îndulcirea cu zahăr, dacă sugarul refuză să primească preparate neîndulcite.

Important. Spanacul proaspăt nu se depozitează timp prea îndelungat. În primele 8 luni de viaţă nu este recomandabil să se dea sugarului spanac, deoarece anumite substanţe conţinute în spanac (nitraţii) se pot transforma în intestinul copilului în nitriţi, care sunt dăunători. Din aceleaşi motive spanacul rămas de la o masă nu se reîncălzeşte pentru a fi dat copilului.

Sucul de morcovi. Se spală şi se curăţă bine morcovii. Apoi se răzuiesc şi se storc printr-un tifon curat. Se poate folosi presa de stors fructe. Sucul de morcovi se poate da, amestecat sau alternativ, cu alte sucuri de fructe (portocale, lămâi, alte fructe de sezon). Se pregăteşte înainte de masă.

Sucul de tomate. Tomatele (roşiile) se spală bine sub jet de apă rece, apoi cu apă caldă; se pun într-o strecurătoare care se scufundă timp de un minut în apă clocotită. Apoi roşiile se zvântă şi se taie în bucăţi mai mici, care se trec prin maşina de tocat carne sau prin presa de fructe. Zeama rezultată se trece printr-o sită deasă sau printr-o bucată de tifon, curată.

Sucul de zmeură. Boabele de zmeură se aşază în strat subţire într-o strecurătoare care se scufundă de mai multe ori într-un vas cu apă. Apoi

se zdrobesc bine cu furculiţa. Sucul se trece printr-o sită. Este un suc pe care copiii îl primesc cu multă plăcere.

Sucul de citrice proaspete se obţine prin presare. Fructele citrice (portocale, lămâi) reprezintă alimente de mare valoare nutritivă, prin conţinutul lor în zahăr (10 – 13%), acizi organici (1 – 2% acid citric) şi vitamine (50 mg vitamina C în 100 g).

Utilizarea este multiplă. Sucul obţinut din fructele proaspete cu ajutorul unei prese de fructe poate fi administrat ca atare din a 10-a – a 12-a săptămână de viaţă, sau se adaugă la pireul de fructe sau la masa de făinoase cu lapte, de seară. Diluat cu apă simplă, potoleşte setea.

Sufleu de cereale (*porumb* etc.) *cu fructe*. 40 g cereale instant, 250 ml lapte, 30 g zahăr, 1 ou, fructe.

Se fierbe laptele cu zahărul şi se adaugă cerealele dizolvate în puţin lapte rece. Se fierb până se îngroaşă. După ce se răceşte, compoziţia se amestecă cu oul bătut şi cu fructele rase (mere) sau bine zdrobite (zmeură), se pune într-o tavă unsă şi se coace la cuptor circa 40 de minute. Sufleul poate fi preparat şi fără fructe, urmând ca acesta să se adauge ca garnitură, în momentul în care se serveşte copilului.

Supa de carne. Într-un litru de apă rece se pun: 250 g carne (găină, mânzat), 2 morcovi, 1 pătrunjel, 1/2 ţelină.

Se fierbe ÎI 1/2 ore la foc domol. Se strecoară printr-o sită, şi, dacă este cazul, se poate lua grăsimea. Unii sugari refuză supele cu miros de

pătrunjel sau de ţelină.

Supa de morcovi. 300 g morcovi tineri sau carote, pentru sugarii prematuri şi sugarii sub vârsta de 2 luni, 500 g morcovi pentru sugarii mai mari, 1 litru apă, 50 g zahăr sau 50 g glucoză şi un vârf de cuţit de sare. Sarea se adaugă mai ales în caz de diaree cu vărsături.

Se aleg morcovii mai tineri, se curăţă, se spală şi se taie în rondele subţiri. Se pun la fiert într-un litru de apă rece. Se fierb 1 ½ – 2 ore la foc moale, până când morcovii se sfărâmă cu uşurinţă. În timpul fierberii se adaugă apă până la 1 litru. După fierbere, morcovii se pasează de două ori printr-o sită deasă sau se mixează, se completează cu apă până la 1 litru se pun din nou pe foc şi mai dau în clocot de 2 – 3 ori. După fierbere, se răceşte, punându-se vasul cu supa de morcovi într-un vas mai mare, cu apă rece. Se păstrează la rece şi se foloseşte numai 24 de ore. Este alimentul de alegere în caz de diaree!

Înainte de a se turna în biberon sau căniţă, supa de morcovi se amestecă pentru omogenizare.

Supa de zarzavat. Pentru 2 porţii de 250 ml supă de legume sunt necesare: 200 – 250 g zarzavat curăţat, 10 g griş (două linguriţe), 500 ml apă.

Se prepară din legume variate, după sezon: morcovi, în cantitatea cea mai mare, pătrunjel, cartof, ceapă, ţelină; vara se adaugă ardei gras, tomate, dovlecel, foi de salată verde, 1 – 2 păstăi de fasole verde, gulie.

Zarzavatul se curăţă şi se spală bine de mai multe ori, în apă rece (sub jet). Se taie în bucăţi

mari şi se pune în apa care a început să clocotească. Se fierbe acoperit, se completează apa evaporată. Când legumele sunt fierte, se zdrobesc uşor cu furculiţa. Se strecoară, se adaugă grişul turnat în ploaie. Se mai fierbe 15 minute, se dă din ce în ce mai concentrată, ajungând până la consistenţa de pireu; după 6 luni se poate folosi cu tot zarzavatul pasat, îmbogăţit cu unt sau ulei. La început se pasează numai morcovii cu sau fără cartofi, în continuare se va da fie amestecat, fie numai cartofi (copiii slabi, cu tendinţă la constipaţie), fie numai morcovi la copiii cu plus ponderal, sau dispuşi la diaree.

Siropul de zahăr. La 200 ml apă se adaugă 100 g zahăr şi tot amestecul se fierbe până ce volumul final este de 200 ml. În timp ce fierbe, se îndepărtează spuma şi impurităţile. Pentru a preîntâmpina zaharisirea, se adaugă 3 linguriţe de zeamă de lămâie.

Rezultă un sirop care conţine 5 g zahăr la o linguriţă. Se păstrează la frigider. În caz de zaharisire, se va fierbe în baie de apă.

Se foloseşte la îndulcirea tuturor preparatelor pentru sugari, în general în proporţie de 5% (o linguriţă la 100 ml de preparat).

Zahărul invertit. În 50 ml apă se dizolvă 1,5 g acid citric şi se adaugă 80 g zahăr. Amestecul rezultat se fierbe până la volumul final de 100 ml. O linguriţă conţine 4 g zahăr. Pentru a îndulci 5% 1 litru de lapte de vacă se adaugă 60 ml din această soluţie, corespunzând cu 50 g zahăr.

5.3. Reţete pentru copilul mai mare

Modul de pregătire a diferitelor mâncăruri se apropie, pe măsură ce copilul înaintează în vârstă, de cel al adulţilor. Pentru perioada de copil mic şi preşcolar se va veghea ca felurile de mâncare alese să fie uşor de digerat (fără ceapă prăjită, rântaşuri groase) şi să nu conţină condimente.

Pentru orientare:

Supele recomandate în alimentaţia copilului mic sunt: supa limpede sau de carne cu găluşte sau tăieţei, creme de legume, ciorba de roşii, de borş.

Sosurile nu vor fi prea grase. Se prepară de preferinţă pe bază de unt sau margarină, făină şi lapte (sos alb) sau smântână. Dintre sosurile reci, maioneza se poate servi la cele mai variate salate.

Mâncărurile cu carne se servesc de 4 – 7 ori pe săptămână: perişoare cu diferite sosuri, friptură, şniţele, chiftele, ciulama, budinci cu carne.

Mâncărurile cu legume şi carne nu trebuie să lipsească nicio zi din alimentaţia copilului. Se servesc fie separat (ghiveci de legume; budinci cu legume.

cartofi sub toate formele), fie ca garnitură la carne (salate de tot felul, sote de legume) sau cu ouă (spanac etc.).

Condimentele se adaugă la mâncare pentru a-i conferi un plus de savoare şi ai varia aspectul. În alimentaţia copilului mic se vor folosi predominant vegetale (pătrunjel, mărar, leuştean, cimbru, tarhon). La copilul mare şi adolescent pot fi folosite şi condimentele tradiţionale (boia, piper, nucşoară, maghiran etc.).

Dulciurile constituie o componentă importantă şi foarte agreată de copii. Pe lângă prăjiturile de casă care se pot păstra mai multe zile, există numeroase posibilităţi de a oferi copilului dulciuri: budinci pe bază de făinoase sau fructe, creme, sufleuri, clătite, salate de fructe.

Cu reţetele pe care le dăm mai jos am urmărit să oferim câteva jaloane, privind modul de preparare a alimentaţiei copilului şi sugestii pe baza cărora mama poate crea, după plac, un mare număr de variante.

Supe

Supa de legume pasată, cu lapte. 600 ml apă, un morcov, o rădăcină de pătrunjel, o ceapă mică, doi cartofi şi după sezon, 20 g conopidă sau mazăre verde.

O linguriţă unt, 100 ml lapte, o linguriţă făină, sare, pătrunjel verde.

Zarzavaturile se spală bine, se curăţă de coajă, se taie. Apa se pune la fiert într-o oală smălţuită. Când clocoteşte, se pune ceapa (întreagă) apoi şi celelalte zarzavaturi; se fierbe acoperit la foc domol. Când sunt fierte, se pasează prin sită. Separat, se face un sos alb din unt şi făină şi se stinge cu lapte. Sosul se amestecă cu supa şi se mai fierb 10 minute. Se adaugă puţină sare şi pătrunjel verde tocat.

Supă de cartofi pasată. ½ l apă, 100 ml lapte, 200 g cartofi, unt, 1/2 gălbenuş, sare, pătrunjel tocat (smântână).

Cartofii curăţaţi şi bine spălaţi, tăiaţi în cuburi mici sau în felii subţiri se fierb în apă cu sare. Când sunt fierţi se pasează prin sită şi se

amestecă în zeama în care au fiert. Se adaugă laptele (sau smântână) bătut cu gălbenuşul, pătrunjel tocat şi untul. La copiii mari se poate servi cu crutoane.

Supă de roşii. 600 ml apă, 300 g roşii, o ceapă, un morcov, o rădăcină de pătrunjel, un ardei gras, frunze de ţelină, o lingură de orez, unt proaspăt, pătrunjel verde tocat.

Zarzavatul spălat şi curăţat se pune în apa clocotită şi se fierbe până se înmoaie. Apoi se adaugă roşiile şi ardeiul şi se fierbe împreună până se înmoaie şi roşiile. Se strecoară supa, iar zarzavatul se pasează prin sită. Se pune din nou la fiert cu orezul. Când acesta să fiert se adaugă la supă puţină sare, unt, pătrunjel verde. În loc de orez, supa poate fi servită cu tăieţei (fierţi separat), sau cu „zdrenţe”, făcute într-un ou întreg cu o lingură de făină. Pasta obţinută se toarnă cu linguriţa în supa care clocoteşte.

Supă-cremă de conopidă. 600 ml apă, 150 g conopidă, 25 g făină, 100 ml lapte, o linguriţă unt.

1 gălbenuş, sare, pătrunjel verde.

Făina se rumeneşte puţin în unt şi se stinge cu lapte. Se adaugă apa clocotită şi se fierbe. În supa fiartă se pune conopida bine spălată şi desfăcută în bucăţele mici şi sare. Se mai fierbe 15 minute, apoi se ia de pe foc şi se adaugă gălbenuşul şi pătrunjel tocat.

Supă-cremă de mazăre. ½ l apă, 150 g mazăre verde, 20 g făină, 20 g unt, un gălbenuş, 50 ml lapte.

Mazărea curăţată şi bine spălată se fierbe în apă. Făina se rumeneşte puţin în untul încins şi se

stinge cu zeamă de supă. Se adaugă la supă şi se fierb împreună. Apoi se pasează totul prin sită, se adaugă sare şi gălbenuşul bătut cu lapte. La copiii mai mari se poate servi cu crutoane.

Supă-cremă de dovlecei. 200 g dovlecei, 50 ml lapte, 10 g făină, 500 ml supă de zarzavat, sare, mărar verde, 2 linguri iaurt.

Se fierb dovleceii 15 – 30 minute în supă de zarzavat. Se trec prin sită. Separat se leagă făina cu laptele rece, apoi se înglobează în supă. Sare după gust. Se lasă să mai dea câteva clocote. Înainte de a fi servită se adaugă iaurt şi mărar tocat.

Supă-cremă de ţelină: 200 g cartofi, o ţelină, 20 g unt, două linguriţe de smântână, 100 ml lapte, sare, 500 ml supă de legume sau bulion de carne, 100 g făină.

Se înăbuşă ţelină şi cartofii tăiaţi mărunt, cu unt şi cu apă, fierbându-se bine. Se adaugă un sos alb, preparat din făină şi lapte şi se clocotesc împreună, amestecând tot timpul. Se pasează prin sită şi se subţiază fie cu supă de legume, fie cu bulion de carne. Se poate subţia şi cu 200 ml lapte sau chiar cu apă. Se poate săra, se mai clocoteşte, iar la urmă se adaugă smântână şi pătrunjel verde tocat. Poate fi servită cu crutoane.

Supă de fasole verde (pentru patru porţii): 1/4 kg fasole verde, un morcov, o ceapă, 30 g unt sau ulei, o linguriţă de zahăr, două roşii sau o linguriţă de bulion, două linguriţe de făină, un litru de apă, sare, pătrunjel verde.

Se curăţă morcovul şi ceapa, se toacă mărunt, apoi se pun să fiarbă în apă. Când

zarzavatul este aproape fiert, se adaugă fasolea, curăţată, tăiată în bucăţele de 2 cm. Se fierbe în continuare în vasul acoperit. Se prepară separat un sos din făină şi zeamă de supă, care se toarnă în oala cu zarzavaturi. Roşiile, curăţate de pieliţe şi sâmburi, se taie în felii subţiri şi se pun în supă, odată cu sarea. Supa se poate acri cu zeamă de lămâie sau cu oţet diluat de fructe. Când se serveşte se pune unt proaspăt şi pătrunjel verde, tocat.

Supă din carne de vită sau pasăre. 600 ml apă, 150 g carne de vită, sau 250 g carne de pasăre, 150 g zarzavat de supă (după sezon, se mai adaugă mazăre verde, conopidă, o roşie), sare, pătrunjel, tăieţei.

Carnea şi oasele, bine spălate, se pun la fiert, în apă rece. După 2 ore se scoate carnea şi se strecoară supa (carnea poate fi folosită la prepararea de chiftele sau ca umplutură la omletă sau, tăiată bucăţi mici, poate fi adăugată la supă, împreună cu zarzavatul fiert şi tăiat.

În supa limpede pot fi puşi tăieţei (fierţi separat) sau găluşte din pesmet (1/2 chiflă, 10 – 20 g pesmet, 1/2 ou, câteva linguri de lapte, 5 g unt, sare). Chifla tăiată în cuburi mici se înmoaie în lapte până absoarbe tot laptele, apoi se sfărâmă cu lingura, se adaugă oul, sare, unt şi se îngroaşă cu pesmet. Se formează găluşte rotunde care se fierb în supă.

Ciorbă de perişoare. 600 ml apă, 200 g carne fără os, 150 – 200 g os „cu sită”, o ceapă, un morcov, pătrunjel verde, 2 linguriţe de orez, sare, lămâie sau borş.

Osul se fierbe în apă cu sare până scade apa la jumătate, apoi se completează cantitatea de apă scăzută. Când fierbe din nou în clocot se adaugă zarzavatul spălat, curăţat şi tăiat mărunt (întâi ceapa, apoi morcovul şi pătrunjelul). Carnea se toacă de două ori prin maşină, se adaugă puţin miez de pâine albă şi sare. Se fac bile de mărimea unor nuci, cu mâna înmuiată în apă şi se introduc pe rând în zeama care fierbe. Apoi se adaugă şi orezul, ales şi spălat. Se fierbe totul până când orezul şi perişoarele sunt fierte. Se acreşte cu borş proaspăt sau cu lămâie.

Sosuri

Sos alb. O lingură de făină, o lingură de unt, 200 ml lapte, sare, lămâie.

O lingură de făină rumenită pe uscat, în cuptor sau la foc moale, se amestecă cu puţin lapte rece şi se fierbe amestecând tot timpul. Se ia de pe foc şi se adaugă 1 lingură cu unt proaspăt. Pentru copilul trecut de un an se adaugă verdeaţă tocată. După dorinţă se poate adăuga suc de lămâie, sare.

Se serveşte cu peşte alb fiert sau legume fierte (dovlecei, conopidă, fasole verde).

Sos alb „bechamel”. 50 g făină, 20 g unt, 200 ml lapte, sare.

Untul se topeşte la foc tare, se adaugă făina, amestecând tot timpul pentru a nu se rumeni. Se stinge cu lapte rece, continuând să se amestece cu lingura pentru a nu se produce cocoloaşe. Se adaugă sare.

Se serveşte cu legume fierte, carne fiartă, creier.

Sos tomat. Roşiile proaspete se fierb împreună cu zarzavatul de supă (morcov, pătrunjel, ţelină). Se trece totul prin sită şi se adaugă sare, zahăr, un vârf de cuţit de unt.

Se serveşte ca adaos la carne fiartă sau friptă, la legume fierte sau paste făinoase.

Sos de mărar. 250 ml lapte, 15 g făină, o linguriţă unt, un gălbenuş, sare, mărar, oţet.

Laptele, amestecat cu făină şi cu sare, se pune la fiert. Se amestecă neîntrerupt, până se îngroaşă ca o cremă. Se adaugă gălbenuşul, untul şi la sfârşit mărarul, care a fost fiert în prealabil în puţină apă cu oţet.

Se serveşte cu ouă fierte tari, carne fiartă sau cu perişoare.

Sos de hrean (pentru copilul mare). 200 ml lapte, 4 linguri smântână, 10 g fainã, sare, 10 g hrean, 5 g unt.

Se amestecă smântână cu făină şi se toarnă în laptele fiert. Se fierbe la foc moale 5 minute. Se adaugă sare, hrean şi unt şi se amestecă bine, fără a mai fierbe.

Sos roz. Se face un sos alb (vezi mai sus) la care se adaugă suc de morcov crud preparat din morcovii raşi şi storşi prin tifon. Sucul, care este frumos colorat, se toarnă în sosul alb; acesta capătă culoare roz şi este vitaminizat. Se serveşte cu rasol de carne sau de peşte.

Sos de tarhon. 4 – 5 linguri de untdelemn, două linguri de zeamă de lămâie sau oţet de fructe, o linguriţă de muştar, 1/2 linguriţă de miere sau de zahăr, sare, piper, tarhon, mărar, pătrunjel. Frunzele de tarhon, spălate, se toacă

mărunt şi se amestecă cu untdelemn, muştar, sare, piper şi se bat bine. La urmă, se adaugă zeamă de lămâie sau oţet slab de fructe. În caz că se foloseşte oţet, acesta se îndulceşte cu zahăr sau miere. La sfârşit se adaugă mărar şi pătrunjel fin tocat. Acest sos se toarnă peste salată, putând fi servit la orice fel de salată crudă.

Se mai poate prepara sosul de tarhon şi cu gălbenuş de ou în felul următor: două gălbenuşuri răscoapte, două linguri de zeamă de lămâie, 4 linguri de untdelemn, 12 frunzuliţe de tarhon, o lingură de apă, sare, piper. Se freacă gălbenuşurile de ou, peste care se adaugă tarhonul tocat foarte fin, sare, piper şi o linguriţă de apă. Compoziţia se freacă în continuare cu o lingură de lemn, adăugând câte puţin untdelemn. Acest sos se serveşte la salate de legume fierte, la orez etc.

Sos verde, 1/4 kg spanac curăţat, un ou, 5 – 6 linguri de ulei, sare. Spanacul se fierbe cinci minute, se trece prin maşina de tocat şi apoi se stoarce bine printr-un tifon. Se face o maioneză obişnuită, peste care se adaugă zeama rece de spanac, amestecând bine, până când se colorează sosul.

Sos de fructe. Pentru sos de mere: 300 g mere, 10 g făină, 10 g zahăr, 10 g unt.

Jumătate din cantitatea de mere se păstrează crude, restul se pun la fiert cu coajă şi miez, iar zeama obţinută se strecoară. La această zeamă se adaugă făina, diluată separat în puţină apă rece, zahărul şi untul. Se fierb în câteva clocote, până se obţine un sos de consistenţa dorită. Merele

crude păstrate se rad pe răzătoarea de sticlă, iar pulpa se stoarce prin tifon. Zeama obţinută se adaugă în sos în momentul servirii pentru a-i păstra vitaminele. La fel se prepară sosurile de vişine, caise. Aceste sosuri se pot servi la orice friptură sau la rasol.

Sos cu gălbenuş. 2 gălbenuşuri, 50 g unt, sare, 250 ml apă, 1 lămâie. Se topeşte jumătatea din cantitatea de unt pe baie de apă. Se adaugă gălbenuşurile, sare şi apa şi se amestecă neîntrerupt până se îngroaşă crema. Apoi se încorporează restul de unt în sosul fierbinte şi se adaugă zeamă de lămâie după gust.

Se serveşte la peşte prăjit sau la conopidă fiartă.

Maioneză cu brânză de vaci. 100 g brânză de vaci, un gălbenuş, 5 linguri lapte, sare, zeamă de la jumătate de lămâie, 50 ml untdelemn.

Se amestecă brânza cu gălbenuşul. Treptat, se adaugă uleiul, amestecând continuu. Se acreşte după gust cu zeamă de lămâie.

Fiind uşor digerabilă, această maioneză este indicată la copiii mici. Se serveşte cu peşte rasol, legume fierte, salată de cartofi, salată verde.

Mâncăruri cu carne

Friptură cu zarzavat. 2 felii de carne, 40 – 50 g unt, o jumătate ţelină mică, două gulioare, o ceapă mică, 150 g roşii, sare, o linguriţă făină, 100 g smântână sau lapte.

Bucăţile de carne se crestează pe margini, se bat, se pune sare şi se prăjesc repede pe ambele părţi, în ulei bine încins. Se scot pe o farfurie încălzită. În acelaşi ulei se rumeneşte puţin ceapa

tăiată mărunt, apoi se pune carnea înapoi, se adaugă puţină apă şi se înăbuşe. Când carnea este aproape moale, se adaugă zarzavatul şi roşiile curăţate de pieliţe şi tăiate felii. Când şi zarzavatul este fiert se îngroaşă sosul că făină şi lapte sau smântână.

Se serveşte cu crochete de cartofi, găluşte de chifle sau cartofi fierţi.

Şniţel în aluat. 200 carne de viţel sau carne slabă de porc, o lingură de făină, un ou, două linguri de lapte, 100 g unt sau ulei.

Carnea se taie felii, se bate puţin, se pune sare şi se presară cu făină. Din făină, ou, sare şi lapte se prepară un aluat (mai gros decât aluatul de clătite). Feliile se introduc în acest aluat, apoi se prăjesc în untul sau uleiul bine încins. Se servesc cu cartofi prăjiţi, salată verde etc.

Pui umplut. Un pui de găină, 80 g unt, sare. Pentru umplutură: 80 g franzelă, 50 g unt, un ou, pătrunjel, sare, 100 ml lapte.

Franzela se taie în cuburi mici, se înmoaie în laptele în care să bătut oul. Se adaugă untul topit, sare, pătrunjel tocat şi se amestecă bine. Pasărea se spală, se freacă pe dinăuntru şi pe dinafară cu puţină sare. Se introduce umplutura şi se coase. Se rumeneşte în unt şi se stropeşte cu unt fierbinte, pentru a nu se usca. În 3540 de minute carnea este moaie. Se adaugă în sos puţină apă şi se mai înăbuşe puţin. Se serveşte cu salată verde.

Pui cu smântână. Carne de pui, 2 – 3 linguri de smântână, 50 g unt, un vârf de cuţit de făină, apă, pătrunjel verde tocat mărunt.

Se pune la înăbuşit, în unt încins, pieptul sau

pulpele de pui. Se picură câte puţină apă, ca să nu se prindă şi se pune sare după gust. Când carnea este fiartă, se scot oasele şi carnea se pune din nou în cratiţă. Din smântână amestecată cu puţină făină, se face un sos, care se toarnă peste carne şi se lasă să mai dea câteva clocote. După gust, se adaugă pătrunjel verde tocat.

Pasăre în sos alb. Carne de pasăre (300 g), 50 g unt, 60 g zarzavat. 100 ml lapte, un gălbenuş, o ceapă mică, 20 g făină, sare.

Carnea spălată se taie bucăţi şi se fierbe cu zarzavatul în apă sărată. Din unt şi făină, stinse cu lapte şi supă, se prepară un sos alb, care se fierbe 20 de minute. Se ia de pe foc, se adaugă gălbenuşul, sare, şi restul de lapte fără să se mai fiarbă. Se pune carnea în sos. Se poate servi cu mămăliguţă.

Ruladă cu carne tocată. 200 g carne de vită, un cartof crud, o jumătate de chiflă, un ou, verdeaţă tocată mărunt, sare.

Carnea curăţată de pieliţe se trece de două ori prin maşina de tocat, împreună cu un cartof când şi cu chifla înmuiată în lapte şi stoarsă. Se amestecă cu sare, verdeaţă şi 1/2 ou crud. Se rulează pe un fund şi se presară cu pesmet alb. Se introduce într-un vas cu puţin ulei şi zeamă de zarzavat. Se unge pe deasupra cu ulei (sau unt) fierbinte; se coace până se rumeneşte la cuptor. Se taie felii şi se serveşte cu cartofi pireu, sote de morcovi sau de dovlecei.

Mâncăruri de legume

Legume combinate, *înăbuşite*. Un morcov, o gulie, o jumătate ţelină, un fir de praz, o conopidă

mică, o mână de boabe de mazăre verde, 50 g unt, sare, o lingură rasă de făină, 100 ml lapte.

Zarzavatul spălat şi curăţat se taie în bucăţele egale şi se înăbuşe pe rând. Se leagă cu un sos alb şi se pune sare după gust. Se serveşte cu omletă sau cu orez.

Chifteluţe de legume. 2 morcovi, 4 cartofi, un ou, unt, făină sau pesmet fin, verdeaţă tocată, sare.

Se spală bine morcovii şi cartofii. Morcovii se pun la fiert în apă cu sare, iar cartofii se fierb separat în coajă. Se curăţă cartofii de coajă şi, după ce totul să răcit, se trece prin maşina de tocat carne. Se amestecă cu puţină sare, verdeaţă, făină şi gălbenuşul şi se frământă. Apoi se adaugă albuşul bătut spumă. Se fac cu lingura chifteluţe, se dau prin fainã şi se prăjesc în unt încins. Se servesc calde, cu puţin sos de roşii sau cu câteva picături de zeamă de lămâie. Se pot prepara şi din mai multe zarzavaturi.

Cartofi umpluţi. 6 cartofi mari, 50 g unt, 10 g fină, 80 ml lapte, sare, 100 g şuncă, 100 g caşcaval, pătrunjel.

Cartofii bine spălaţi, curăţaţi de coajă, se coc la cuptor. Se lasă să se răcească puţin, apoi se taie un căpăcel şi se scobeşte miezul cu o linguriţă. Miezul de cartofi se amestecă cu un sos alb bechamel (pag. 229), amestecat cu şunca tăiată cuburi mici. Cu această compoziţie se umplu cartofii, se reaşază în cratiţă, se presară cu caşcaval, se ung cu unt topit şi se dau la cuptor. Se servesc cu salată verde.

Budincă de cartofi cu şuncă. 250 g cartofi

fierţi, 50 g unt, 50 g şuncă, 50 g caşcaval ras, un ou, sare.

Cartofii fierţi şi presăraţi se amestecă cu untul frecat spumă, cu gălbenuşul, şunca tăiată bucăţele mici, sare şi la urmă albuşul bătut spumă. Compoziţia se pune într-o formă unsă cu unt sau margarină şi presărată cu pesmet. Se coace la foc potrivit 20 – 30 minute, apoi se răstoarnă şi se serveşte cu caşcaval ras şi şuncă tocată presărate deasupra.

Budincă de conopidă. O conopidă mică, 2 linguri de smântână, o lingură de unt, 2 linguri caşcaval ras, un ou, 2 linguriţe de unt, o lingură de pesmet, sare.

Se fierbe conopida în apă cu sare, se scurge, se zdrobeşte, se adaugă untul frecat spumă, gălbenuşul, caşcavalul, smântână, pesmetul şi albuşul spumă. Se toarnă compoziţia într-o formă unsă cu unt şi presărată cu pesmet şi se coace timp de 30 de minute sau se fierbe la baie de apă.

Mazăre verde înăbuşită. 200 g mazăre verde, 30 g unt, 10 g făină, sare, puţin zahăr.

Mazărea se fierbe 10 minute în apă puţină. Separat, din unt, făină, sare, zahăr şi zeama în care a fiert mazărea se fierbe un sos subţire. Se adaugă mazărea şi se fierbe puţin. Se poate servi cu friganele.

Fasole verde. 250 g fasole verde, 20 g unt, sare, o lingură de pesmet rumenit, smântână.

Fasolea, spălată bine în prealabil se fierbe în apă cu sare. Când este moale se strecoară, se aşază pe o farfurie şi se presară cu pesmet rumenit în unt. Se serveşte cu puţină smântână

sau sos de roşii.

Mâncare de fasole verde (pentru patru porţii). 500 g fasole verde crudă, 500 g roşii, verdeaţă, 100 ml untdelemn, o ceapă, sare.

Se toacă ceapa mărunt şi se fierbe în puţină apă. Se aruncă apa în care a fiert, iar ceapa se pune pe fundul cratiţei, în care se prepară mâncarea. Deasupra se aşază păstăile de fasole, curăţate şi spălate, ca şi roşiile tăiate în felii. Se presară cu sare, se toarnă untdelemn şi o ceaşcă de apă. Se acoperă cratiţa şi se lasă să fiarbă la foc mic, până când se înmoaie fasolea. Se adaugă verdeaţa tocată mărunt.

Budincă de dovlecei. 1 – 2 dovlecei, 20 g caşcaval, un ou, o lingură de smântână, 1/2 lingură de făină, 2 linguriţe de unt, o linguriţă de pesmet alb, sare, verdeaţă tocată.

Se spală dovleceii, se curăţă, se taie cuburi mici şi se fierb în apă cu sare 10 minute. Se răstoarnă în strecurătoare. Când sau scurs bine se amestecă dovleceii cu gălbenuşul, caşcaval ras, albuşul spumă, făina, pesmetul, untul şi verdeaţa tocată. Se coace în formă unsă cu unt 20 – 30 minute. Se răstoarnă, se stropeşte cu smântână, se serveşte caldă.

Dovlecei cu smântână (pentru 4 porţii): 4 dovlecei potrivit de mari, 100 g smântână, o linguriţă de făină, 30 g unt, sare.

Se curăţă dovleceii, se spală şi se taie în bucăţi în lung, apoi în lat, de 3 – 4 cm lungime. Se clocotesc puţin în apă cu sare, apoi se scurge apa printr-o strecurătoare. Se pun la cuptor cu untul. Smântână se îngroaşă cu puţină făină şi se toarnă

peste dovlecei când aceştia sau înmuiat. Se mai lasă la cuptor încă 20 de minute. La fel se prepară dovleceii la cuptor cu sos alb, în loc de smântână.

Dovlecei la tavă. 2 dovlecei, 2 roşii, un căţel de usturoi, 20 g unt sau ulei, sare (piper), mărar, pătrunjel, cimbru, caşcaval ras.

Dovleceii spălaţi şi curăţaţi se rad pe răzătoare, se lasă puţin să se scurgă, apoi se pun într-o crăticioară în care să încins grăsimea, se adaugă condimentele. Deasupra se taie roşiile curăţate de coajă şi se presară caşcaval ras. După ce să înăbuşit la foc moale se dă la cuptor până scade zeama.

Dovlecei umpluţi cu orez (pentru 4 porţii). 4 dovlecei, 100 ml ulei, 15 g orez, ceapă, sare, smântână, 2 – 3 linguri de verdeaţă tocată, 200 ml sos de roşii.

Se toacă ceapa şi se înăbuşe cu puţină apă şi ulei. Se amestecă cu orezul, verdeaţa şi sarea. Se umplu dovleceii, după ce au fost curăţaţi de coajă, tăiaţi în două şi scobiţi de seminţe. Dovleceii umpluţi se aşază în tavă, odată cu uleiul şi cu ceaşca de apă caldă în care se poate pune puţin zahăr, după gust. Se fierb la cuptor. Când sunt fierţi, se adaugă sosul de roşii şi se mai lasă în cuptor, 1/4 oră.

Dovleceii pot fi umpluţi şi cu brânză de vacă (100 g) amestecată cu un ou, mărar tocat, puţină sare.

Mâncăruri pe bază de făinoase

Spaghete în sos de roşii. 150 g spaghete, 40 g unt, o linguriţă fainã, 30 g caşcaval ras, sare, o lingură pastă de roşii.

Spaghetele se fierb în apă sărată, se scurg şi se limpezesc. Separat se amestecă făina cu untul topit şi se stinge cu o ceaşcă de apă, se adaugă pasta de roşii, se fierbe, apoi se adaugă pastele făinoase. Se serveşte cu caşcaval ras presărat deasupra.

Budincă de orez cu mere. 1 lingură de orez, 3 mere mari, 50 g nuci măcinate, 10 g unt, sare, 2 linguri zahăr, 25 g stafide.

Se fierbe orezul cu apă; separat se fierb merele curăţate de coajă şi tăiate felii, cu zahărul, ca un compot scăzut. Se aşază într-o formă unsă cu unt şi presărată cu pesmet, un rând de orez, un rând de mere, un rând de nuci şi deasupra un rând de orez amestecat cu stafide. Se pun deasupra bucăţi mici de unt şi se pun la cuptor până se rumeneşte uşor.

Budincă de pâine albă cu şuncă. 2 chifle, 150 ml lapte, 40 g şuncă slabă, un ou, o linguriţă de unt.

Chiflele tăiate felii subţiri se înmoaie în lapte şi se scurg bine. Într-o cratiţă mică unsă cu unt şi tapetată cu pesmet se aşază un strat de pâine, apoi umplutura (şuncă tăiată cuburi mici amestecată cu gălbenuşul, albuşul spumă şi o linguriţă de unt) şi iar un strat de chifle muiate. Deasupra se toarnă laptele, în care s-au înmuiat chiflele şi câteva bucăţele de unt. Se coace la foc potrivit până să absorbit laptele şi să rumenit budinca.

Budincă de pâine albă cu mere. 2 chifle sau câteva felii de franzelă, 150 ml lapte, 2 mere potrivite, un ou.

1 linguriţă de unt, zahăr, scorţişoară.

Se procedează cu pâinea ca la reţeta anterioară. Se aşază în crăticioara unsă un strat de felii de pâine apoi un strat de mere (curăţate de coajă, răzuite, înăbuşite cu zahăr), se presară puţină scorţişoară. Deasupra se pune iar un strat de pâine muiată. Se toarnă laptele în care să bătut oul şi se pun câteva bucăţele de unt. Se dă la cuptor până se rumeneşte.

Crochete de cartofi. 200 g cartofi, 1/2 ou, 10 g unt, 100 g făină, o priză praf de copt, sare, pesmet, 50 ml lapte.

Cartofii bine spălaţi se fierb în coajă. După ce se răcesc, se curăţă de coajă şi se presează. Se face un aluat din făină, praf de copt, sare, unt, 1/2 ou şi cartofi, şi se formează cu mâna crochete alungite. Fiecare se introduce în ou (cealaltă jumătate, bătută cu 50 ml lapte), apoi în pesmet şi se prăjesc în ulei bine încins. Se servesc lângă friptură sau zarzavaturi soté.

Mâncăruri cu ouă

Ochiuri în cuib (pentru 2 porţii). 200 g cartofi.

2 ouă, 10 g unt, 50 ml lapte, 25 g smântână, sare.

Cartofii se fierb în apă cu sare. Se strecoară, se sfărâmă cu furculiţa, se amestecă cu laptele fierbinte până se face un pireu fin. Se toarnă într-un vas uns cu unt. La mijloc se face cu lingura o gropiţă, în care se sparge oul. Se pune în cuptor 10 minute.

Se serveşte cu smântână sau cu sosuri diverse.

Ouă cu verdeţuri pe salată verde. 2 ouă, 2 linguriţe de verdeţuri tocate (pătrunjel, mărar, ceapă verde), o lingură rasă de unt proaspăt, o lingură brânză de vaci, sare, salată verde, zeamă de lămâie şi untdelemn.

Se fierb ouăle tari, se curăţă şi se taie în lung, se scot gălbenuşurile. Se freacă brânza de vacă (sau urdă) cu untul, se amestecă cu verdeţurile şi puţină sare. Se umple fiecare jumătate de ou şi se toarnă deasupra un sos obişnuit pentru salată din ulei, sare şi zeamă de lămâie. Se aşază pe frunze de salată verde.

Omletă. 2 ouă proaspete, 2 linguri apă, sare, 20 g unt sau margarină.

Ouăle se bat cu apa şi sare şi se toarnă în tigaia cu untul încins. Se coace la foc domol, pe ambele părţi, având grijă să se rumenească numai marginile. Se scoate pe o farfurie caldă şi se îndoaie pentru a permite să fie umplută mai uşor. Umplutura poate fi din: – zarzavat: morcov şi mazăre înăbuşite în unt, conopidă, roşii sau ardei (acesta înăbuşit cu puţină ceapă prăjită); – carne aproximativ 50 g (pentru o omletă): şuncă, ficat, creier, carne de viţel, parmezan, pasăre sau peşte. Carnea se taie în bucăţi mici şi se înăbuşe în unt.

Jumări cu verdeaţă şi roşii. 2 ouă, 2 roşii, pătrunjel tocat, 3 linguriţe de unt.

Se curăţă roşiile de pieliţă şi sâmburi, se taie în cuburi şi se înăbuşe în unt până scade toată zeama pe un foc mic. Se adaugă ouăle bătute, amestecate cu puţină sare şi verdeaţă tocată, amestecând tot timpul până se obţine consistenţa dorită a jumărilor. Iarna când nu sunt roşii

proaspete, se poate prepara cu suc de roşii sau cu ketchup.

Apetitive – gustări

Roşii umplute. 2 – 3 roşii, 2 ouă, o salată verde, o lingură maionează, lămâie, puţin untdelemn.

Roşiile se curăţă de coajă, se taie capacul şi se scobesc. O salată verde bine spălată se taie în fâşii foarte subţiri, se amestecă cu 2 ouă fierte tari şi tocate, cu puţin untdelemn, lămâie şi maionează ca să se lege umplutura. Se mai poate adăuga puţină şuncă slabă tocată. Cu această compoziţie se umplu roşiile şi se servesc crude.

Pastă cu carne de vită. 150 g carne slabă, 50 g zarzavat, 10 g ceapă, 100 g unt, sare, coajă şi zeamă de lămâie, un ou, pastă de tomate.

Carnea şi zarzavatul se fierb într-o cantitate mică de apă. Se trece carnea de două ori prin maşina de tocat, se adaugă untul frecat bine, apoi se pune ceapa tăiată mărunt, câteva fire de coajă de lămâie, zeamă de lămâie, o linguriţă de pastă de tomate. La sfârşit se adaugă oul fiert tare şi tocat fin.

Pastă de ficat (pentru copii peste 2 ani). 100 g ficat crud, foarte proaspăt, un ou fiert tare, o ceapă, 2 linguriţe unt, pătrunjel verde tocat.

Ficatul când se trece prin maşina de tocat carne. Se amestecă apoi cu ceapa şi se înăbuşe în unt bine încins împreună cu pătrunjelul verde tocat. Amestecul se face când ceapa este încă fierbinte. La sfârşit se adaugă oul fiert, tocat mărunt. Se serveşte uns pe felioare de pâine prăjită.

Ardei gras cu brânză de vaci. 2 ardei graşi, 100 g brânză de vacă, sare, 1/2 ceapă mică, boia dulce, 30 g unt.

Brânza de vacă se freacă cu untul, se adaugă ceapa tocată mărunt, puţină boia dulce. Compoziţia se introduce în ardeii bine spălaţi şi scobiţi. Se taie felii groase de 1 – 1 ½ cm şi se aranjează frumos pe farfurie.

Salate

Salate de fructe şi zarzavaturi. La prepararea salatelor avem în vedere ca aspectul lor, variat colorat, să stimuleze apetitul copiilor. Zeama (sosul) pentru salată se poate prepara după mai multe formule.

Pentru salata de fructe:

1. Suc de la 1/2 lămâie, 2 linguri de suc de fructe, 2 linguri sirop de zahăr sau apă fiartă;

2. Sucul de la 1/4 lămâie, 100 g pulpă de fructe;

3. Sucul de la 1/2 lămâie, 2 – 3 linguri smântână proaspătă.

Pentru salate de zarzavat:

1.100 ml iaurt sau smântână, sare sau puţin zahăr;

2. suc de lămâie sau oţet diluat, sare, ceapă tocată mărunt, ulei, cu sau fără verdeaţă tocată;

3. zeamă de carne sau de zarzavat, sare, lămâie.

Salată de mere. 250 – 300 g mere. Pentru sos:

4 linguri de apă, 4 – 5 bucăţi de zahăr, suc de lămâie, scorţişoară.

Merele bine spălate se curăţă şi se taie în felii subţiri. Se picură sucul de lămâie şi se toarnă

deasupra siropul (în care să fiert şi scorţişoară) după ce să răcit. Se poate presăra cu nuci tocate mărunt şi cu stafide. Se poate prepara şi cu banane şi stafide. În locul siropului se pot pune 3 – 4 linguri de lapte sau smântână.

Salată din amestec de fructe. 300 g fructe, 20 g stafide, 30 g nuci sau migdale, 25 – 30 g zahăr pudră.

Fructele mici se pun întregi, cele mari se taie felii foarte subţiri. Se amestecă cu stafidele înmuiate în apă, nuci tăiate şi zahăr. Se toarnă deasupra unul din sosurile enumerate mai sus.

Această salată poate fi preparată din: banane, piersici, pere, struguri, mere, caise, portocale, zmeură, cireşe, căpşuni. Salata este cu atât mai gustoasă cu cât fructele folosite sunt mai numeroase.

Salată de conopidă. 400 g conopidă, apă, sare, o lingură de ulei, 4 linguri zeamă de carne (sau zeamă de conopidă), suc de lămâie sau oţet.

Conopida se fierbe în apă cu sare, după răcire se desfac floricele mici şi se toarnă deasupra sosul preparat din zeama de carne (sau de conopidă), sare şi lămâie.

Salată de cartofi cu roşii. 250 g cartofi, 2 roşii, sare, mărar, 2 – 3 linguri smântână (sau maioneză), un ou fiert tare.

Se fierb cartofii, se curăţă de coajă şi se taie felii. Se amestecă cu oul fiert tăiat felii. Se adaugă roşiile tăiate, mărarul tocat şi smântână sau maioneză. Se amestecă totul bine.

Salată portocalie-albă. 150 g morcovi raşi, 100 g ţelină rasă, 50 g mere rase.

Se amestecă totul cu un sos cu lămâie sau cu maioneză şi brânză de vaci. După gust, se pot presăra nuci sau migdale tăiate. Se lasă să tragă 15 minute.

Salată de crudităţi. 200 g varză albă, tocată, un morcov ras, 1/2 ţelină rasă, un gogoşar tăiat felii mici, o ceapă mică, tocată, 2 linguri ulei, sare, suc de lămâie.

Se amestecă toate zarzavaturile, se toarnă deasupra sosul preparat din ulei, suc de lămâie, sare.

Deserturi – dulciuri

Mere îmbrăcate. 200 g făină, 140 g unt, 70 g zahăr, un ou, sare, mere de mărimea unui ou, gem acrişor.

Din făină, unt, zahăr, gălbenuş şi puţină sare se face o cocă pe care o lăsăm să stea o oră. Se aleg merele, se spală bine, se curăţă de coajă, se scobesc şi se umplu cu gem. Coca se întinde ca o foaie groasă de 2 – 3 mm, se taie pătrate. Se îmbracă fiecare măr în cocă adunând cele patru colţuri în partea de sus. Se înmoaie în albuş, se tăvălesc în zahăr şi se dau la cuptor la foc potrivit până se rumenesc uşor. Se servesc calde.

Budincă cu fructe (4 porţii). 250 g fructe, 250 g zahăr pudră, 4 foi de gelatină, 6 albuşuri, frişcă.

Fructele proaspete (căpşuni, zmeură, mure, caise sau piersici) se spală, se fărâmă cu lingura (sau cu mixerul) se storc prin tifon sau sită şi se freacă spumă cu zahărul. Apoi se adaugă gelatina dizolvată în apă fierbinte şi albuşurile bătute spumă tare. Se toarnă într-o formă, clătită cu apă rece şi se pune la rece. Se serveşte cu frişcă.

Cremă de zahăr ars (pentru cinci porţii). 1/21 lapte, 4 linguri de zahăr pentru cremă şi 2 – 3 linguri pentru ars, 4 ouă întregi, vanilie.

Se freacă bine ouăle întregi cu zahărul, şi se adaugă încet laptele, amestecând mereu. Apoi se toarnă compoziţia într-o formă tapetată cu zahăr ars şi se aşază forma în baie de apă, la cuptor. Se lasă 20 – 30 de minute, până se încheagă. Apoi se răceşte. Se răstoarnă pe farfurie în momentul servirii.

Lapte de pasăre. 400 ml lapte, două ouă, două linguri de zahăr, o linguriţă de făină, zahăr vanilat.

Laptele se pune la fiert, se bate albuşul spumă, până când se ţine singur de tel; se adaugă în ploaie o lingură de zahăr, bătând încet. Se ia câte o lingură de albuş şi se pune în laptele clocotind. Se fierbe întorcând albuşul pe o parte şi pe cealaltă, însă nu mai mult de un minut. Găluştele formate astfel se scot cu o spumieră şi se pun într-un castron. După ce au fiert toate găluştele, se strecoară laptele rămas. Se freacă bine gălbenuşul cu restul de zahăr, se adaugă faina şi se subţiază laptele strecurat, turnat puţin câte puţin. Se pune această cremă la fiert la foc slab, amestecând mereu până începe să se îngroaşe. Se ia de pe foc, se adaugă zahăr vanilat şi se toarnă printre găluşte, fără a le acoperi. Se pune la rece.

Mere coapte umplute cu dulceaţă. Se aleg mere sănătoase, câte încap într-o crăticioară de 1 litru. Se spală, se curăţă şi se scobesc. În scobitură se pune dulceaţă de vişine sau de alte

fructe, nucă măcinată şi se presară puţin zahăr.

Se aşază merele în crăticioara unsă cu unt şi se dă la cuptor la foc potrivit până se coc merele. Se servesc calde.

Budincă de griş (4 porţii). 3 ouă, 120 g griş, 2 linguri zahăr, 1/2 litru lapte, sare, coajă de lămâie, vanilie, sirop de zmeură sau dulceaţă fină.

Gălbenuşurile se freacă spumă cu zahărul, apoi se adaugă gri şui în ploaie, coaja de lămâie, albuşurile bătute spumă şi sarea. Se coace la foc potrivit în forma unsă şi presărată cu griş. Când se desprinde de marginea formei, budinca este coaptă. Între timp se fierbe laptele cu vanilia şi cu o lingură de zahăr. Când se scoate budinca din cuptor, se toarnă deasupra laptele fierbinte. Se lasă în formă până se absoarbe tot laptele, apoi se răstoarnă, se unge cu gem sau dulceaţă. Poate fi servită şi cu sirop de zmeură sau frişcă.

Sos caramel. Se arde zahăr într-o tigaie, până capătă culoarea galbenă-roşiatică şi se stinge cu apă. Se lasă să fiarbă pentru ca zahărul să se dizolve. Se poate folosi la griş cu lapte sau orez cu lapte, la budinci, creme.

Fursecuri cu miere. 500 g zahăr tos, 4 ouă, 4 linguri de miere caldă, fainã cât cuprinde, 1/2 pacheţel praf de copt.

Jumătate din zahăr se freacă bine cu ouăle întregi, se adaugă mierea caldă, apoi făina în care să amestecat restul de zahăr şi praful de copt; se face un aluat con sistem. Se formează biluţe de 1,5 – 2 cm diametru, se coc la foc potrivit. Se pot păstra mult timp (se frăgezesc după 2 – 3 zile).

Prăjitură cu cremă de lămâie. Pentru aluat:

500 g făină, 140 g zahăr, 100 g unt, 1 linguriţă de amoniac, 100 ml lapte, 2 ouă, zahăr vanilat. Pentru cremă: 250 g unt, 250 g zahăr pudră, 2 gălbenuşuri, zeama şi coaja de la o lămâie, 1 lingură făină şi 100 ml lapte.

Se freacă zahărul cu untul, apoi şi ouăle, se adaugă făina, amoniacul şi laptele. Se coc trei foi.

Pentru cremă se freacă untul cu zahărul pudră. Separat se amestecă făina cu laptele rece şi se pune pe baie de apă, amestecând continuu, până se îngroaşe. După ce se răceşte, se adaugă treptat untul frecat cu zahăr, iar la sfârşit zeama şi coaja de lămâie rasă. Se ung foile. Se taie a doua zi după ce prăjitura a fost pudrată cu zahăr.

Băutură răcoritoare pentru „petreceri”. Diferite fructe proaspete, bine coapte, suculente (caise, piersici, căpşuni, zmeură, portocale).

Se spală bine, se taie în cuburi mici şi se aşază într-un castron (de sticlă) adânc. Se adaugă fructe conservate (cireşe, vişine, ananas din compot). Se presară cu zahăr şi se toarnă deasupra apă fiartă şi răcită, de asemenea zeamă de lămâie şi ceai rusesc tare, proaspăt preparat şi răcit. Se amestecă totul bine şi se pune la frigider. Când se serveşte se adaugă cuburi de gheaţă sau puţin sifon.

6

ŞCOLARUL MIC. ADOLESCENTUL

6.1. Şcolarul mic

Cu al 7-lea an de viaţă începe vârsta de şcolar mic (*6 ½* – 12 ani) continuată de adolescenţa subîmpărţită convenţional în două sau mai multe subperioade. Noi am ales divizarea ei în trei etape: adolescenţa timpurie (12 – 14 ani), adolescenţa mijlocie (14 – 16 ani) şi adolescenţa târzie (între 16 şi 21 – 22 ani). Vârsta între 12 şi 20 de ani reprezintă etapa cea mai activă în ce priveşte dezvoltarea fizică, psihomotorie şi socială a fiinţei umane. Copilul devine adult.

Trebuie subliniat că se observă foarte mari diferenţe în ce priveşte apariţia în timp, durata şi manifestările fizice şi psihice în procesul de maturaţie biologică, psihică şi socială.

Sunt încă unele necunoscute în procesele hormonale care se desfăşoară în cursul pubertăţii. Toate aceste procese, ca şi gradul de inserţie socială, sunt influenţate de o serie de factori din care amintim: ereditatea, modul de viaţă şi îndeosebi alimentaţia, unele boli, tradiţii etc.

Părinţii şi/sau adulţii care se intrică în viaţa şcolarului şi/sau adolescentului trebuie să încerce să fie capabili să facă faţă multor cerinţe, uneori greu de rezolvat. Dintre acestea amintim:

1) Să urmărească şi să consemneze schimbările în ce priveşte: înălţimea, greutatea, momentul şi modul cum survin modificările determinate de pubertate:

a) *fete*: sâni, pilozitate, armonia dezvoltării unor segmente ale corpului ca şoldurile, membrele inferioare, bustul, apariţia şi modul cum decurge ciclul menstrual;

b) *băieţi*: organele genitale, pilozitatea etc. Începând de la vârsta de 10 ani şi până la 20 de ani se vor măsura bianual (ziua de naştere şi jumătatea anului) greutatea şi înălţimea: ultima este bine să fie consemnată pe tocul unei uşi.

2) Să urmărească modul cum se înseră social: şcoala şi apoi iniţierea într-o meserie, hărnicia, potenţialul intelectual şi fizic.

3) Să fie la curent cu grupul de prieteni din şcoală şi din afara şcolii. În epoca actuală adolescenţii îşi duc viaţa în cadrul unor grupuri, care au căpătat o importanţă şi o semnificaţie tot mai mari în adolescenţă, îşi fixează anumite comportamente obligatorii pentru fiecare membru al grupului, preferă anumite activităţi, devin membri sau „fani” ai unor cântăreţi ori formaţii muzicale, ai unor grupuri sportive, ai anumitor personalităţi sau vedete din teatru, televiziune etc. Părinţii trebuie să înţeleagă toate aceste mutaţii în comportamentele tinerilor, să le accepte dar, în acelaşi timp, să le discearnă bine pentru a depista orice turnură spre activităţi antisociale.

4) Să depisteze şi să prevină toate riscurile la care se expun copiii (accidente: bicicleta, traversarea străzilor, rolele, alunecuş pe ape îngheţate, jocuri în locuri periculoase, înec, căderi) şi adolescenţii (turismul la munte, înotul în mare şi ape curgătoare adânci, alcoolism, droguri, participare la acţiuni antisociale, boli venerice,

perversiuni sexuale).

5) Legătura susţinută cu corpul profesoral.

6) Să se asigure consultaţii medicale periodice pentru a urmări dezvoltarea fizică şi psihomotorie, etapele pubertăţii, anomaliile şi boli ale sistemului osos, cariile dentare, obezitatea, acneea juvenilă, anomalii sexuale, probleme de igienă mentală, carenţele alimentare, nevrozele, randamentul şcolar.

Între 6 – 12 ani

Dezvoltarea fizică. Între 6 şi 12 ani copilul creşte în medie în greutate cu 3 – 3,5 kg/an şi cu 6 cm/an. Creşterea se face inegal cu alternanţe de perioade cu creştere când în înălţime (perioade de „înălţare”), când în greutate (perioade de „împlinire”) care afectează toate segmentele corpului, dar în primul rând trunchiul şi membrele. Se „schimbă” dinţii de lapte, erupând cei definitivi. Survin mari progrese în funcţiile mişcării (motricitatea generală şi fină). Nevoile nutritive sunt mai mari în perioadele de creştere.

GHID PENTRU PĂRINŢI CÂND COPIII ÎNCEP ŞCOALA

1. Luaţi legătura cu educatoarea de la grădiniţă pentru a fi informat asupra maturaţiei copilului pentru şcoală

2. Consultarea medicului de familie asupra stării de sănătate şi a dezvoltării fizice şi neuromotorii

3. Transferul fişei medicale la cabinetul

medical şcolar

4. Încercaţi să „convingeţi" pe copil să renunţe la unele tulburări care-l pun în situaţii de inferioritate (*suptul degetului, incontinenţa urinară* etc.)

5. Şcolarul trebuie să pună în practică singur următoarele deprinderi: *îmbrăcat, încălţat, spălarea mâinilor înainte de a mânca, mâncat, folosirea closetului public, spălarea dinţilor, aranjarea cărţilor în ghiozdan*

6. „Vizitaţi şcoala împreună cu copilul

7. Fixaţi întâlniri cu copii care vor merge la aceeaşi şcoală

8. Învăţaţi copilul să ştie bine adresa şi numărul de telefon de acasă

9. Învăţaţi copilul cum să traverseze strada şi cum să circule cu mijloacele de transport în comun

10. Instruiţi copilul cum să se comporte în întâlnirile cu străinii

11. Obişnuiţi-l să se culce devreme pentru ca trezirea de dimineaţă să se facă spontan sau uşor

12. Dimineaţa să aibă timp suficient pentru a pregăti plecarea la şcoală (*spălat, îmbrăcat şi încălţat, gustarea*). *Cărţile se aranjează în ghiozdan seara*

13. Despărţirea de părinţi să fie prietenoasă

14. Instruiţi copilul unde să meargă în situaţii de urgenţă survenite acasă (*vecini, rude*)

15. În primele zile însoţiţi copilul până învaţă traseul şi staţiile în deplasarea spre şcoală

16. Ţineţi legătura cu învăţătorul şi urmăriţi viaţa şcolară (*randament la învăţătură, inserţia*

socială cu colegii etc.)

17. Informaţi învăţătorul despre schimbările din viaţa copilului

TABELUL 6.2

SFATURI PENTRU FAMILIILE CU ŞCOLARI „CU CHEIA DE GÂT1[13]

1. Notarea numărului de telefon lângă aparatul de telefon

2. Alegeţi un vecin (*a*) *care este de obicei acasă pentru urgenţe*

3. Învăţaţi pe copil: *numele, adresa, telefonul, numele părinţilor*

4. Lăsaţi numărul de telefon de la serviciu

5. Încuiaţi sursele de foc

6. Organizaţi o trusă de prim ajutor

7. Avertizaţi copilul asupra străinilor la întoarcerea de la şcoală; să nu urce cu liftul dacă sunt persoane străine de bloc; să nu deschidă uşa persoanelor străine de familie

8. Veniţi acasă la timp; sunaţi în prealabil

9. Lăsaţi mesaje pe bandă pentru copil. Recomandaţii ce are de făcut când este singur acasă

10. Lăudaţi copilul pentru succese

11. Avertizaţi vecinii asupra schimbărilor survenite

TABELUL 6.3

SFATURI PENTRU VIZIONAREA

13 Sfaturi pentru copii

PROGRAMELOR DE TELEVIZIUNE

1. Se stabilesc ore de vizionare în anumite limite (*filme şi anumite emisiuni săptămânale*)

2. Se stabilesc condiţiile de vizionare (*la masă, în dormitor, nu zgomotos*)

3. Televiziunea nu reprezintă un premiu sau o pedeapsă

4. Fixarea programelor ce vor fi vizionate se face printr-un schimb de păreri cu copiii

5. Învăţaţi copiii să fie critici cu discernământ la conţinutul programelor

6. Învăţaţi copilul să diferenţieze emisiunile propriu-zise de reclame

7. Vizionările la televiziune nu trebuie să înlocuiască alte activităţi: *jocul în aer liber, cititul* etc.

8. Se evită programele nocturne şi filmele de groază cu conţinut antisocial etc.

9. Copilul nu trebuie să „zacă" în faţa televizorului, avid de orice emisiune

Dezvoltarea psihică. Se înregistrează modificări însemnate. Este mai puţin egocentric. Pricepe că nu are totdeauna dreptate. Se exprimă prin vorbe, emoţii şi gânduri. Limbajul creşte la 3.000 de cuvinte (sau mai mult). Sunt rare cazurile în care copiii mai fac greşeli de pronunţare (îndeosebi litera R plasată lângă o consoană). În schimb, pot surveni temporar alte tulburări ca bâlbâială. Formulează fraze complexe.

Dezvoltarea socio-emoţională. Începe să-şi interiorizeze gândurile, emoţiile, speranţele. Vrea

să facă şi altceva decât ceea ce realizează până acum. Doreşte să fie ca prietenii. Competiţia este importantă. Se teme de mutilarea fizică şi de modificarea imaginii corporale. Pot să revină unele fobii anterioare. La mulţi apar coşmaruri. Se teme de moarte. Se preocupă din ce în ce mai mult de aspectele sexuale; este bine să se înceapă educaţia sexuală progresivă.

Sunt frecvente ticurile nervoase.

Nutriţia. Se constată mari variaţii de apetit. Perioadele de creştere, educaţia fizică şi anxietatea şcolară au un mare rol în modul cum şi ce mănâncă. De subliniat tendinţa de a nu mânca dimineaţa din cauza grabei şi grijilor şcolare. Nu-şi consumă nici „gustarea" la şcoală. (Vezi amănunte mai departe la „alimentaţie" pag. 248).

Jocul. Preferă jocurile în grup, de obicei cu copii de acelaşi sex. Începe să fie interesat de cărţi pentru toate vârstele. În familie îi plac jocurile „de societate" (cărţi de joc etc.).

Prevenirea accidentelor. În maşină trebuie plasat numai pe scaunul din spate şi să poarte centură de siguranţă. Atenţie la mersul pe bicicletă, la alte preferinţe cu risc (jocuri cu echipamente mecanice, înot în ape curgătoare şi la mare, alpinism fără echipament corespunzător şi pe trasee cu risc, urcuşul în copaci şi pe stâlpi de înaltă tensiune, insolaţie etc.).

Între 6 şi 7 ani

Dezvoltarea fizică. Încep unele modificări în proporţiile diferitelor segmente ale corpului, însoţite de un salt în creşterea staturală. În comparaţie cu trunchiul, membrele inferioare şi

superioare devin mai lungi şi mai musculoase. Toracele se turteşte anteroposterior. Abdomenul prea mare la copilul mic se turteşte de asemenea, devine mai suplu, se schiţează talia. Lăţimea umerilor începe să depăşească pe cea a şoldurilor. Gâtul devine mai subţire şi mai lung. Faţa este supusă de asemenea unor modificări: fruntea înaltă şi bombată de preşcolar nu mai este atât de dominantă la şcolar. Nasul se subţiază. Maxilarul inferior începe să crească. Motricitatea fină nu să maturizat. Abilitatea de a scrie îl oboseşte: după scrierea a 1 – 2 pagini, literele nu mai sunt trasate perfect, apar greşeli. Maturarea musculaturii mâinilor este foarte lentă; apucarea începută de la 2 luni se va definitiva de abia după 7 ani.

Dezvoltarea psihică. Vocabularul este de circa 2.500 de cuvinte. Învaţă să citească şi să scrie. Diferenţiază stânga de dreapta; dimineaţa, după-amiaza, seara. Limbajul devine mai agresiv, argumentativ, uneori cu alură de şef.

Dezvoltarea socio-emoţională. Devine expansiv, „ştie tot!”. Părinţii ar trebui să se retragă din lupta pentru afirmare. La 7 ani devine gânditor, reflectează. Este foarte sensibil. Foloseşte telefonul. Vrea să „facă”; începe multe, dar finalizează puţine. I se pot încredinţa treburi în gospodărie.

Nutriţia. Persistă inapetenţa selectivă din perioada de preşcolar. Prin consumul redus de carne apare riscul anemiei, refuzul laptelui poate duce la încetinirea creşterii şi la hipocalcemie, lipsa de vegetale duce la unele avitaminoze şi la constipaţie. Apa este permisă cât vrea şi când vrea

(inclusiv în timpul mesei!). „Raţia” de apă în 24 de ore este înjur de 100 ml/kg/corp. Vezi pag. 248

Jocurile. Agreează încă păpuşile, maşinuţele, camioanele. Se joacă încă singur, dar începe să prefere grupul, deocamdată de ambele sexe. După 7 ani începe să prefere grupul de acelaşi sex. Este apt pentru a învăţa să folosească bicicleta. Îi plac jocurile active (v-aţi ascunselea, săritul corzii, skate, jocurile cu balonul), începe să colecţioneze cantitativ, nu calitativ. Este interesat de dans, gimnastică, muzică. Vizionarea televizorului trebuie limitată la 1 – 2 ore pe zi.

Siguranţa. Necesită încă supravegherea adulţilor la joacă. Întăriţi prevederile pentru evitarea accidentelor de circulaţie (joc pe stradă, traversare etc.). Instruiţi-l să evite străinii şi oferta darurilor de la necunoscuţi. Mersul pe bicicletă este permis numai în curtea casei; NU în zone cu trafic. Avertizaţil de pericolul noxelor: fumatul, alcoolul, drogurile. Jocul în aer liber în timpul iernii va fi fixat în funcţie de comportamentul copilului la frig.

Imunizări. Se continuă vaccinările după „calendarul” fixat de Inspecţia sanitară de stat. Dacă nu sau făcut rapelurile la 5 ani este obligatorie vaccinarea în primul an de şcoală.

Între 8 şi 10 ani

Se mişcă şi se joacă mult, uneori până la epuizare fizică. Motricitatea fină este deplină; scrisul nul mai oboseşte, devine ordonat, estetic, cu greşeli mai rare. De altfel toate mişcările devin coordonate. La multe fete apar primele semne

secundare sexuale (puf genital, sânii devin proeminenţi etc.). Poate apărea miopia.

Dezvoltarea psihică. Pe lângă faptul că scrie şi se pronunţă fără greşeli de gramatică îşi exprimă verbal sentimentele. Desenele devin tot mai detaliate. Înţelege clasificarea, serializarea, conceptul de spaţiu şi timp. Limbajul devine tot mai fluent şi mai „colorat”. Îi plac ghicitorile, bancurile, cântecele – preferă şi unele melodii, jocurile de cuvinte. Începe să fie interesat cum se desfăşoară lumea oamenilor, dar şi viaţa animalelor, transformările în natură, anotimpurile, vremea.

Dezvoltarea socio-emoţională. Preferă copiii de acelaşi sex. Antagonizează cu sexul opus. În familie este din ce în ce mai sigur pe el. Începe să se îndoiască de valoarea părinţilor. Simţul umorului este dezvoltat, îi place societatea, organizările în grup. Devine conştient de diferenţele de sex. Este manierat cu adulţii. Spiritul de bandă atinge apogeul. Domină ritualurile şi codurile secrete. Răspunde mai bine la sugestii decât la ordine. Părinţii sunt datori ca toate relaţiile să se desfăşoare prin dialog.

Nutriţia. Sunt necesare circa 2.100 calorii pe zi. Nu „are timp” să mănânce. Părinţii trebuie să insiste pentru un meniu zilnic echilibrat cu proteine (lactate, carne), vegetale (fructe, zarzavaturi) şi hidrocarbonate. Din cauza capriciilor de apetit survin tendinţe de deficit de calciu, fier, tiamină. La sedentari şi/sau la gurmanzi sau cu preferinţe exagerate pentru dulciuri apare problema obezităţii. Este apt şi

trebuie îndemnat să participe la prepararea mesei; indiferent de sex trebuie să se deprindă să-şi pregătească singur sandvişul pentru şcoală (vezi şi mai departe despre „alimentaţie”).

Jocurile. Agreează sportul, excursiile, lucrul manual, gătitul. Este mare amator de muzică, radio, discuri. Colecţiile devin calitative.

Siguranţa. Atenţie la armele de foc (păstrate în siguranţă şi folosite în prezenţa adulţilor). Părinţii sunt datori să cunoască prietenii copilului şi să facă o selecţie discretă. Atenţie la pericolul apei (înot supravegheat).

Imunizări. Dacă nu sau făcut seriile anterioare de vaccinări este cazul să se completeze. Atenţie îndeosebi la vaccinarea antitetanică.

De la 11 la 12 ani

Dezvoltarea fizică. Elementele esenţiale se apropie de adult. Creşterea în înălţime este accelerată. Maturizarea este mai precoce la fete, cu diferenţe importante între cele două sexe. La băieţi forţa fizică este mai mare. Dentiţia definitivă este completă cu excepţia celui de al 3-lea molar. La băieţi apar caracteristicile celui de al doilea stadiu al pubertăţii (vezi mai departe). La multe fete apare menstruaţia. De altminteri, în ultimele decenii se constată apariţia mult mai de timpuriu a pubertăţii.

Dezvoltarea psihică. Judecă probleme sociale. Ia în considerare şi alte puncte de vedere decât cele vehiculate în familie şi şcoală. Îi plac lecturile despre mistere şi poveştile de dragoste. Foloseşte

bine ideile abstracte. Este interesat de modul de reproducere umană. Înţelege şi respectă măsurile de igienă şi de îngrijire corporală.

Dezvoltarea socio-emoţională. Diferenţe mari între fete şi băieţi. Fetele sunt mai „evoluate” în ce priveşte relaţiile cu băieţii, flirtează. Băieţii sunt încă „mai copii”, le tachinează, uneori cu unele brutalităţi de limbaj. Începe însă cea mai înduioşătoare perioadă de prietenie. Atât fetele cât şi băieţii nu mai acceptă tutela familiei şi doresc o independenţă nelimitată. Sunt refractari la rutină. Se înregistrează mari variaţii afective. În familie simt nevoia să aibă condiţii (timp, spaţiu) pentru o intimitate individuală. Devin autocritici cu munca personală. Se informează despre evenimente dincolo de familie şi şcoală. La băieţi apare masturbaţia. La ambele sexe se instalează o stare de tensiune permanentă, de frământări cu speranţe, îndoieli, nelinişte.

Nutriţia. Nevoile calorice sunt mai mari la băieţi (circa 2.500 calorii pe zi) decât la fete (2.250 calorii pe zi). Este nevoie de consum mare de lichide (75 ml pe kg/corp/zi). Atât băieţii cât şi fetele au nevoie pentru creştere de circa 2 g de proteine pe zi sub formă de lactate (proteine şi calciu) şi de carne sau peşte (proteine plus fier). Este nevoie de mese mai dese, pentru că pot surveni crize de hipocalcemie (consum redus de lactate) sau de hipoglicemie (meniu fără dulciuri; refuză micul dejun şi gustarea din recreaţie). Crizele respective se manifestă prin scăderea randamentului intelectual şi/ sau fizic, oboseală, nervozism şi lipotimii (pierderea conştienţei,

căderi).

Timpul liber. Face tot felul de planuri, proiecte, lucrează manual. Munceşte pentru bani. Este interesat de sport, dans, telefonat. Îi place actoria; preferă spectacolele şi filmele cu drame.

Siguranţa. Părinţii trebuie să exercite un control permanent al prietenilor. Atenţie la mersul pe bicicletă, ascensiuni pe munţi, înot în ape necontrolate. Frecventarea discotecilor şi altor forme de distracţii (jocuri mecanice etc.) sunt adesea riscante. Apare tentaţia pentru consumul de alcool şi/sau droguri!

6.1.1. Părinţii faţă în faţă cu şcolarul mic

Condiţia indispensabilă a împlinirii copilului este sentimentul de a fi în securitate şi iubit. El trebuie să simtă că i se oferă tandreţe consecventă, că se acceptă rezultatele de la şcoală (chiar dacă nu sunt întotdeauna strălucite) şi caracterul său (oricât de dificil ar fi). Dacă părinţii şcolarului mic dau dovadă de înţelegere, ţin pasul cu achiziţiile lui, îl încurajează cu afecţiune (niciodată nu va fi mustrat cu mânie!) şi îi atribuie progresiv independenţă, vor constata că el va accepta cu uşurinţă normele de disciplină ale procesului de învăţământ.

La şcolarul mic este încă foarte pronunţată dorinţa de a fi pe placul celor mari (părinţi şi dascăli). Ambiţiile părinţilor pentru copilul lor trebuie să fie în limite rezonabile, pentru a nu-i cere mai mult decât îi permite nivelul lui intelectual. Solicitările la care el nu face faţă îi dau un sentiment de insecuritate. Critici le aspre,

pisălogeala, batjocura, comparaţiile defavorabile sau pedepsele nu stimulează pe copil în a învăţa. Pe de altă parte, se vor evita laudele excesive care pot duce la teama de eşec.

Trebuie să se cultive la şcolar bucuria de a învăţa, de a descoperi, de a crea. Această trăsătură există în el; a exersat-o în primii 6 ani ai copilăriei sub forma jocului. Copilul trebuie învăţat să înveţe". Dincolo de a deprinde să citească şi să socotească, a învăţa înseamnă să aibă o activitate dirijată, să amâne satisfacţia propriilor dorinţe şi să lucreze pentru scopuri mai îndepărtate.

Copilul trebuie să înveţe să fie perseverent, să capete gustul lucrului bine făcut. Va fi încurajat să încerce mereu şi să repete, ajutat de părinţi în mod discret, pentru a evita insuccesul. Pe măsură ce se desăvârşeşte maturaţi a, şcolarul va dobândi gândirea logică, va învăţa să aprofundeze un subiect, să stabilească analogii, diferenţe, cauze şi efecte, să caute explicaţii. Va deveni capabil să gândească critic despre ceea ce citeşte sau vede înjur, despre ceea ce spun şi fac părinţii, în această perioadă părinţii se vor abţine de al trata de sus, prea autori tar, de al culpabiliza pentru orice insucces. În raporturile dintre părinţi şi copii este bine să fie un „dialog" permanent, adesea de la egal la egal. Asemenea relaţii se răsfrâng favorabil asupra atmosferei din familie cât şi asupra randamentului şcolar.

Ambianţa familială. Copiii din familii bine închegate şi cu nivel intelectual corespunzător învaţă mai bine decât colegii cu aceeaşi dotare

intelectuală dar care provin din familii „cu probleme”. Dintre factorii care influenţează randamentul şcolar amintim:

a) armonia dintre membrii familiei;

b) familia să împărtăşească şi să trăiască atât „necazurile” cât şi satisfacţiile copilului;

c) interesul familiei pentru instrucţia şcolară;

d) să fie accesibil, direct şi natural în discuţiile cu copilul;

e) în orice discuţie cu şcolarul, respectiv adolescentul, să accepte „dialogul” şi să aibă curajul să recunoască eventualele greşeli;

f) prin fapte să constituie un exemplu pentru şcolar şi/sau adolescent;

g) să se evite contradicţiile dintre părinţi în problemele copiilor. Este important ca părinţii să ţină legătura cu şcoala pentru a fi la curent cum se desfăşoară copilul la şcoală şi pentru a evita absenteismul. Absenteismul „nemedical” creşte cu vârsta. De cele mai multe ori se datorează neglijenţei familiei.

Condiţii de lucru. În măsura în care este posibil se va asigura copilului o cameră sau un loc unde să-şi aşeze cărţile şi să-şi facă lecţiile în linişte. Pentru a putea lucra concentrat se vor evita: întreruperea lecţiilor pentru treburi casnice, zgomote de fond (radio) sau vizionarea concomitentă a programelor TV. Copilul va fi îndemnat să-şi facă lecţiile într-un anumit interval de timp pentru a se putea dedica şi altor ocupaţii (jocul este încă o necesitate la şcolar!), pentru a se plimba sau pentru a ajuta în gospodărie. Copiii care stau mult deasupra caietelor de teme şi

cărţilor nu sunt şi cei mai buni elevi! Ei nu sau deprins să înveţe sistematizat; trebuie controlaţi şi îndrumaţi de părinţi.

Randamentul şcolar nu e întotdeauna egal cu gradul de înzestrare a copilului. Un copil inteligent, dar nefericit, lucrează greu la şcoală. Altul, mai puţin dotat, dar foarte harnic şi disciplinat are note bune. Unii copii gândesc mai încet şi se blochează dacă profesorii îi „iau mai repede", alţii nu se pot exprima, chiar dacă raţionează bine. Sunt şi copii neastâmpăraţi sau visători, sau leneşi. Lenea se poate întâlni la copiii care „prind prea uşor" şi care nu mai cred că este nevoie să înveţe; ea poate fi însă şi o trăsătură de caracter, rezultatul influenţei unor colegi sau lipsei de stimulare din familie.

Copiii cu infirmităţi sau cei cu boli cronice care-i „exclud" parţial din colectivul clasei sunt adesea ţinta ironiilor colegilor, se autoizolează şi devin timizi.

Părinţii şi cadrele didactice le pot găsi cauza şi le pot – uneori – remedia, înainte de a mustra pe copil „că ar putea face mai mult".

Dificultăţile şcolare sunt consecinţele fie unui handicap fizic, fie ale unor dezordini afective.

Handicapurile fizice care împiedică şcolarizarea sunt numeroase. Dintre acestea amintim: debilitatea mintală, instabilitatea psihomotorie, insuficienţa auditivă.

Tulburările afective pot exista într-un ansamblu de tulburări de comportament. Ele pot coexista ca o motivaţie reacţională la un copil care prezintă unul din handicapurile precedente.

Opoziţia faţă de şcoală se manifestă prin dezinteres (adesea asociat cu turbulenţă), prin lentoare la lucru, prin scris de mântuială, caiete prost întreţinute şi mâzgălite cu pete de cerneală, prin teme nefăcute sau neterminate. Părinţii trebuie să ducă un astfel de copil la medic şi psiholog care stabilesc dacă dificultăţile şcolare sunt consecinţele unei infirmităţi fizice sau sunt pur psihologice. Dintre numeroasele probleme afective ce pot duce la eşec şcolar enumerăm numai câteva:

a) atitudini educative contradictorii, incoerente, variabile la părinţi, lipsa de unitate de vederi sau inconsecvenţă;

b) neînţelegeri grave în familie cu părăsirea bruscă a căminului de către unul din părinţi;

c) preocuparea inegală a celor doi părinţi: unul autoritar, posesiv, celălalt şters, depreciat, „inexistent”;

d) o gelozie faţă de o soră sau un frate;

e) schimbarea frecventă a şcolilor;

f) lipsa de preocupare a familiei pentru cărţi şi ocazii de a se instrui (o familie care se interesează numai de fotbal şi cântăreţii la modă nu incită deloc pe copil la învăţătură etc.); societatea („gaşca”) de copii cu care-şi petrece timpul liber.

În încheiere am ţine totuşi să dăm câteva exemple de copii etichetaţi ca „întârziaţi”, cu dificultăţi la învăţătură, care ulterior au devenit celebri: Louis Pasteur (elev mediocru care învăţa lent), James Watt (considerat mărginit şi stupid), Charles Darwin (puţin isteţ şi recunoştea singur

că gândeşte lent), Lev Tolstoi (nu putea şi nici nu voia să înveţe).

Dintre cazurile de copii-problemă cu tulburări de comportament, nedisciplinaţi cu şcolarizare în care au fost repetenţi, iar mai târziu în şcoala militară cu acte grave de indisciplină şi de conformism se poate cita cazul lui Winston Churchill, prim-ministrul Angliei în cel de al II-lea război mondial.

Copilul supradotat. Într-o lucrare recentă „Études génétiques sur le génie", Catherine Morris Fox schiţează biografiile a 300 genii istorice. Pe baza performanţelor intelectuale şi a aptitudinilor manifestate de aceste genii în timpul copilăriei lor, autoarea a evaluat coeficientul lor de inteligenţă (QI). Exemplificarea cuprinde printre alţii: 100 – 110: Copernic, Faraday; 110 – 120: Cromwell; 120 – 130: Bach; 130 – 140: Rousseau; 140 – 150: Keppler; 150 – 160: Tennyson; 160 – 170: William Pitt; 170 – 180: Voltaire; 180 – 190: Goethe; 190 – 200: John Stuart Mill. Din biografiile acestor genii rezultă că toţi au primit din partea familiei şi apoi a profesorilor lor un învăţământ intensiv şi precoce. Fiecare dintre ei a trăit într-un mediu extrem de activ. În loc să stea cu mâinile încrucişate aşteptând ca un astfel de copil „să se coacă", părinţii acestor genii au exersat înzestrarea de la natură a urmaşilor lor de la o vârstă fragedă. Dintre geniile româneşti am vrea să amintim pe George Enescu, ai cărui părinţi sau ocupat de el încă din perioada de preşcolar şi şi-au dedicat întreaga existenţă creării de condiţii optime de studiu pentru desăvârşirea acestui

geniu înnăscut.

Subliniem că şi un copil dotat poate pune probleme la învăţătură. El se poate lenevi pentru că învăţătura de la şcoală nul mai interesează sau i se pare prea uşoară, se plictiseşte sau visează şi sfârşeşte prin a obţine note mici. El se simte izolat pentru că nu găseşte pe colegii lui interesanţi; cu unii profesori poate avea contacte dificile din cauza originalităţii sau a spiritului său creator care îl fac să refuze să-şi facă temele obişnuite, preferând să se ocupe de subiecte din afara programei şcolare. Unii copii înzestraţi pentru o anumită materie de învăţământ sunt mai puţin competitivi la altele; ei reuşesc mai puţin bine decât ceilalţi colegi în exerciţii fizice şi au un comportament social dificil.

6.2. Adolescentul

Adolescenţa începe cu pubertatea şi se termină cu maturitatea (stadiul de adult). Se caracterizează printr-un salt în dezvoltarea fizică generală (înălţime, greutate, proporţii) şi mai ales prin creşterea şi maturaţia organelor genitale şi apariţia caracterelor sexuale secundare. Aceste modificări determină concomitent adaptări psihosociale, realizându-se maturaţia complexă a fiinţei umane în devenire pentru perioada adultă.

Se deosebesc trei stadii: *timpuriu*, *mijlociu* şi *târziu*.

Adolescenţa timpurie (la fete de la 11 la 13 ani: la băieţi de la 12 la 14 ani).

Este o perioadă foarte variabilă ca moment de apariţie nu numai de la un sex la altul, dar şi în

cadrul aceluiaşi sex. La băieţi apare mai târziu: foarte mulţi dintre ei se comportă „copilăreşte, fără vreo modificare a caracterelor sexuale şi ale comportamentului general. Schimbările apar de cele mai multe ori brusc şi evoluează rapid. Constituie un obiect de preocupare intensă atât pentru şcolar, cât şi pentru părinţi. Fiecare (adolescent şi părinţi) se întreabă dacă totul decurge „normal”.

Relaţiile cu familia se tensionează mai ales între mamă şi fiică şi respectiv între tată şi fiu. Se întăresc relaţiile cu anumiţi prieteni de aceeaşi vârstă şi cu adulţi din afara familiei. Slăbeşte implicarea în familie, încearcă uneori să dea deoparte pe părinţi şi au resentimente faţă de „criticismul părintesc”. La început aceste trăsături sunt oscilante, dar ele vor deveni ferme în adolescenţa mijlocie.

Băieţii, din cauza creşterii rapide, sunt adesea stângaci, leneşi, dezordonaţi şi lipsiţi de interes în ce priveşte modul cum arată. Trebuie să li se amintească mereu de necesitatea păstrării igienei. Sunt acut conştienţi de transformările produse în sfera genitală. Au nevoie să fie asiguraţi şi reasiguraţi că masturbarea este practicată de aproape toţi adolescenţii, că este normală, cu condiţia să nu devină obişnuinţă.

Băieţii îşi evaluează iniţial masculinitatea în comparaţie cu alţi băieţi, comparându-şi musculatura, capacitatea de eforturi fizice, dimensiunile organelor genitale şi capacitatea de a ejacula. Părinţii trebuie să explice băiatului că emisiunile seminale sau „visele umede” 5 sunt

fenomene normale şi nu trebuie să se necăjească sau să se ruşineze. Ginecomastia (dezvoltarea mamelelor) ce poate apărea la unii băieţi constituie o consecinţă normală a dereglărilor hormonale temporare şi nu trebuie să se îndoiască de masculinitatea lor.

La această vârstă atât fetele cât şi băieţii sunt extrem de sensibili şi se deprimă uşor atunci când sunt tachinaţi în glumă.

Fetele sunt foarte preocupate de cum arată fizic şi se frământă dacă pot concura la o competiţie de frumuseţe. Stresul adolescentelor în devenire combinat cu fluctuaţiile şi dezechilibrele hormonale determină o labilitate psihică cu proastă dispoziţie şi anxietate. Îşi compară între ele dimensiunile şi forma sânilor, funcţia menstruală, dar se folosesc de băieţi pentru aşi evalua feminitatea.

Taţii sunt adesea stânjeniţi faţă de fiicele lor când la acestea se dezvoltă caracterele secundare şi încep să respingă unele manifestări de ataşament ale acestora (luat în braţe, sărutări etc.). Fetele preadolescente nu înţeleg modificările comportamentului taţilor şi le atribuie uneori unor vinovăţii proprii. Ca şi băieţii, fetele au nevoie de informaţii corecte despre schimbările fizice ce apar în timpul pubertăţii. La prima menstruaţie, dacă nu sunt informate îşi pot imagina că sângerarea este o boală care le pune viaţa în pericol. Ele trebuie să ştie că menstruaţia este un fenomen absolut normal care nu necesită limitarea activităţii.

Adesea, fetele se ataşează intens de o

prietenă de acelaşi sex, cu care ar dori să semene. Aceste prietene sunt uneori inseparabile şi tind să se îmbrace, să vorbească şi să gândească la fel. Petrec ore în şir analizând cele mai mici detalii de comportament. La mijlocul adolescenţei această relaţie este înlocuită de grupul de prieteni. În general, fetele sunt cu doi mii înaintea băieţilor de aceeaşi vârstă, nu numai ca maturitatea fizică, dar şi în ce priveşte capacitatea imaginativă, gândirea abstractă, abilitatea de a percepe sentimentele altora şi toleranţa Faţă de frustrare. Adesea fetele sunt creative şi îşi înregistrează gândurile cele mai ascunse în jurnalul zilnic.

Către sfârşitul adolescenţei timpurii, atât băieţii cât şi fetele încep să participe plenar în grupul de prieteni, în această perioadă. În timp ce se plâng de restricţiile impuse de părinţi, aderă de bunăvoie la cele impuse de către grupul de prieteni. Depărtându-se de familie găsesc o nouă orientare în apartenenţa de grup.

Adolescenţa mijlocie (fete: 13 – 16 ani; băieţi 14 – 17 ani). Perioada celor mai rapide schimbări fizice a trecut şi adolescentul se concentrează mai puţin asupra creşterii şi a altor schimbări corporale şi devine absorbit de identitatea personală: „cine sunt? „ce voi face cu viaţa mea?”

Este perioada în care se dezvoltă personalitatea. Devin critici ai părinţilor, ai altor autorităţi adulte precum şi ai atitudinilor lor. Deci arând cu şi independenţa de familie devin intens implicaţi în grupurile de prieteni, adoptând subcultura adolescenţilor. Imita colegii de grup, alte cunoştinţe şi figuri publice (cântăreţi etc.) pe

care ic admiră, împrumutând parte din comportamentul şi opiniile acestor persoane. Încep să-şi făurească anumite planuri despre carieră. O mare parte din adolescenţi sunt interesaţi de sexualitate.

Adolescenţa târzie (16 sau 17 ani – 21 de ani). Procesul de creştere în înălţime se încheie, mai întâi la fete (în jur de 16 ani şi ceva; mai târziu la băieţi – spre 17 – 21 de ani). Tinerii se pregătesc pentru a trăi ca adulţi. Trebuie să-şi aleagă meseria şi să meargă spre independenţa financiară. Înjghebarea unei relaţii intime cu o persoană de sex opus constituie o ţintă a adolescenţei târzii. Grupul larg de prieteni din perioada anterioară este înlocuit cu unul mai restrâns. Mulţi (cei ce nu urmează forme superioare de învăţământ) se căsătoresc sau îşi stabilesc o relaţie de iubire (cu o „prietenă”). Pentru aceasta au nevoie să se cunoască bine pe ei înşişi. Dacă nu au ajuns să aibă o identitate pot trăi un timp un sentiment de anxietate.

Relaţiile cu părinţii nu mai sunt atât de furtunoase. Sfaturile adulţilor nu le mai ameninţă independenţa. Sunt satisfăcuţi că în orice dialog sunt apreciaţi ca parteneri egali. Se interesează de unele probleme ale timpului: poluarea mediului, armonia naţionalităţilor, descoperirile tehnice etc.

În rezumat, adolescenţa târzie se caracterizează prin capacitatea de a se interesa şi a iubi şi pe alţii, de a pune binele general înaintea celui personal, de a-şi face planuri de viitor.

6.2.1. Dezvoltarea fizică[14]

Creşterea în înălţime se opreşte la fete la aproximativ 17 ani, iar la băieţi la 18 – 21 de ani. Diferenţele individuale sunt mari.

Dacă medicul şcolar observă un grup de şcolari de 13 ani (băieţi şi fete) constată că unii sunt în stadiul prepuberal, unii sunt chiar la începutul pubertăţii, iar alţii sunt aproape la înălţimea şi greutatea adulţilor. Mecanismul declanşator prin care apare pubertatea nu este complet elucidat, dar este clar că schimbările hormonale joacă un rol central în a produce creşterea şi diferenţele sexuale care au loc în adolescenţă.

Dezvoltarea fizică a fetelor. Schimbările pubertare încep cu dezvoltarea sânilor, în medie 10 ½ – 11 ani şi apariţia părului pubian la 11 – 11 ½ ani. Apariţia primei menstruaţii se leagă de momentul în care înălţimea este a 3-a sau a 4-a parte din înălţimea adultă. De regulă la 12,6 – 12,9 ani, dar şi la 10 sau 16 ani. Tinde să apară mai devreme decât în trecut ceea ce s-ar explica prin alimentaţie, modul de viaţă (mişcare, folosirea factorilor naturali – soare, aer, apă) şi îngrijiri medicale mai bune. În Statele Unite ale Americii prima menstruaţie apare la o înălţime de 158,5 cm şi o greutate de 43 kg (în medie).

Dezvoltarea fizică a băieţilor se apreciază prin creşterea organelor genitale şi dezvoltarea părului pubian care apare între 11 ½ şi 12 ani. Se însoţeşte de o creştere a musculaturii şi a puterii

---

14 Vezi „Sexualitatea la copil”. pag. 257 – 262.

acesteia, care constituie secvenţele şi vârstele medii ale masculului.

6.2.2. Dezvoltarea psihosocială

Adolescenţii se caracterizează printr-o emotivitate exagerată neprevăzută şi labilă. Trăiesc cu entuziasm prezentul şi imediat pot deveni posomorâţi şi deprimaţi. Evenimente minore pentru părinţi pot fi interpretate şi trăite drept crize majore de către adolescenţi. Adesea îşi pierd controlul în răbufniri emoţionale care, de fapt, eliberează anxietatea acumulată. Apoi se simt vinovaţi, se tem că-şi vor mai pierde controlul şi se retrag pentru aşi reevalua comportamentul. Doresc şi plănuiesc să-şi menţină, pe viitor, autocontrolul. Visează profund în timpul zilei şi nu aud când alţii le vorbesc. Comportamentul instabil, dominat de emoţii, nu trebuie ridiculizat. Este bine ca părinţii să asigure adolescenţilor spaţiu şi timp pentru a fi singuri. Trebuie să le accepte simţămintele, pornirile, inconsecvenţele şi să evite să-i critice imediat. Când îşi recapătă controlul trebuie lăudaţi.

Dezvoltarea independenţei – relaţiile cu părinţii. În adolescenţă are loc pregătirea spre viaţa de adult. Legăturile cu părinţii stabilite în copilărie sunt reduse drastic. Ambele părţi – pe de o parte părinţii, pe de alta copiii – sunt stresate. În general atitudinea adolescenţilor oscilează între contestarea totală a autorităţii părinţilor şi nevoia de a fi trataţi uneori tot ca nişte copii. Domină relaţiile preferenţiale cu părintele de sex opus şi criticarea celui de acelaşi sex. Adolescenţii de azi

au acces la tot ce poate oferi societatea modernă, fiind tentaţi prin reclame, spre cosmetice, îmbrăcăminte, discuri, telefonie fără fir etc. În general părinţii doresc ca urmaşii lor să nu ducă lipsurile trăite de ei, să ocupe un loc în societate superior celui deţinut de ei şi să nu repete greşelile lor. La noi în ţară, schimbările survenite după anul 1989 au evidenţiat faptul că întreaga societate românească a suferit o schimbare a mentalităţii care se deosebeşte mult de mentalităţile societăţii în care intrăm acum. Cei vârstnici se schimbă mai greu, cei tineri sunt mult mai accesibili transformărilor de mentalitate, de adaptare şi de inserţie social-economică. În general există „conflicte între generaţii”. La noi însă este vorba de înlocuirea totală a unei lumi cu altă lume. Şi aceasta se face uneori fără discernământ, cu traumatisme sociale şi eşecuri generale şi personale. Pe lângă aceste conflicte care ţin de specificul societăţii româneşti actuale apar conflictele obişnuite ale familiei pe diverse „teme”: orele de studiu, ora de retragere la odihnă, îmbrăcămintea, vizionarea televizorului, grupul de prieteni, fardurile, banii de buzunar, frecventarea discotecilor etc. Adolescenţii testează constant limitele impuse de părinţi, lăsând impresia, uneori, că nu au limite. Situaţia de fapt este însă inversă: doresc şi au nevoie de limite ca o expresie a iubirii şi grijii părinteşti. Părinţii care nu fixează limite fac adolescenţa mai grea. O disciplină consistentă şi consecventă îi face să se simtă în siguranţă.

În ce priveşte privilegiile acordate, părinţii

doresc să fie câştigate printr-un comportament responsabil. Comportamentul adolescenţilor oscilează, însă, între cel al adultului şi cel al unui copil mic şi, de aceea, pentru părinţi este greu să decidă cât de mare responsabilitate să le acorde. Părinţii care au avut conflicte nerezolvate în propria lor adolescenţă vor avea mai multe momente dificile în a-şi creşte copiii. Cei care au crescut în medii care iau controlat excesiv pot fi prea largi cu proprii copii şi invers, cei care au crescut în medii excesiv de permisive pot controla excesiv.

Aşteptările părinţilor sunt adesea mai mari decât pot realiza, determinând nefericire şi frustrare pentru toţi. Unii părinţi pretind copiilor performanţe care nu pot fi realizate de şcolar, adesea, pentru că dotarea lui nu este corespunzătoare (moştenire, boli etc.). Trist este că unii din aceşti părinţi culpabilizează pe copil, ajungând să-i impună anumite restricţii sau, şi mai grav, să-l sancţioneze cu pedepse corporale. Se ajunge la situaţii dramatice. Părinţii sunt datori, în aceste cazuri, să consulte pe dirigintele clasei, pediatrul de familie şi un psiholog. Rareori părinţii consideră că adolescentul are dreptul de aşi fixa opţiunea pentru viaţa proprie. Atitudinea părinţilor are un efect semnificativ asupra comportamentului adolescentului.

Părinţii şi adolescenţii trăiesc cel mai bine într-o atmosferă de încredere reciprocă.

Domeniul cu cea mai mare dificultate pare să fie sexualitatea. Precocitatea pubertăţii şi influenţa exercitată de unele programe de la

televiziune şi, în general, modul cum îşi petrec adolescenţii timpul liber (filmotecile sau răspândit şi în mediul rural î) au ca rezultat, printre altele, ca prima relaţie sexuală să aibă loc la o vârstă tot mai mică şi părinţii se tem, în mod justificat, că viaţa sexuală va începe când copiii nu sunt în stare să se descurce cu ea. Incidenţa sarcinilor la adolescente este în creştere. Violurile sau înmulţit. Şi în această direcţie părinţii trebuie să ţină deschis un canal de comunicare, cu o relaţie deschisă, apropiată, permanentă.

În adolescenţa târzie, relaţia părinte-adolescent se îmbunătăţeşte, creşte încrederea reciprocă. Până în acest moment părinţii trebuie să încerce să fie calmi, cu tact, păstrând un dialog permanent, chiar atunci când survin unele „furtuni”.

Se pot schematiza patru modalităţi prin care adolescenţii îşi dobândesc emanciparea faţă de părinţi:

1. Adolescenţii pot pleca brusc de acasă şi sunt revăzuţi ca adulţi (situaţii rare!).

2. Adolescentul evoluează treptat de la copilul dependent către adultul independent fără a părăsi casa părinţilor. În astfel de situaţii lupta pentru separare, adesea, se complică şi se extinde.

3. Adolescentul pleacă de acasă pentru a fi independent, apoi simte nevoia unităţii familiei şi se întoarce. Aceasta se repetă până sunt capabili să se descurce independent, în afara casei părinteşti.

4. Adolescentul doreşte să plece din familie.

Ameninţă şi pisează pe această temă dar nu este în stare să o facă. Comportarea sa devine inacceptabilă şi forţează familia să-i ordone să-şi facă bagajul şi să plece.

Relaţiile cu cei de aceeaşi vârstă. La începutul adolescenţei relaţiile se stabilesc cu acelaşi sex, în timpul adolescenţei mijlocii relaţiile sunt fie cu cei de ambele sexe, iar în perioada adolescenţei târzii relaţia este cea de *cuplu*. Izolarea impusă de grupul de prieteni le permite să joace roluri de adulţi, să stabilească relaţii sociale, sentimentale şi de comunicări variate cu sexul opus. Conştiinţa apartenenţei de grup determină comportamente adecvate şi trece în revistă judecăţi asupra acţiunilor ce se desfăşoară. Există şi adolescenţi care merg pe „propriul lor drum” şi resping sau sunt respinşi de către grup; astfel de situaţii sunt rare. Grupul dictează cum să mergi, să vorbeşti, să acţionezi şi să te îmbraci. Au nevoie de alţi colegi asemănători lor cu care să împărtăşească bucuriile şi necazurile. Grupurile de adolescenţi formează o subcultură în interiorul unei societăţi. Subcultură are următoarele caracteristici:

1. Se instituie un sistem distinct de comunicare, sub forma unui argou, care limitează comunicarea cu cei din afara grupului, în primul rând cu părinţii.

2. Se conturează comportamente caracteristice, care le permit să fie distincţi: îmbrăcăminte, melodii, dansuri, coafură, aspect corporal şi alte comportamente care nu au nevoie de vorbe.

3. Comportamentele acceptate se schimbă repede, uneori la intervale de câteva zile. În mediile cu standard economic coborât apare activitatea în bande. O bandă este alcătuită, de regulă, din adolescenţi cu simţ de identitate sărac sau negativ. Devenind membri ai unei bande dobândesc un statut şi o recunoaştere pe care, altfel, nu ar avea-o. Din păcate, unele activităţi distructive în care se angajează astfel de bande pot lovi în şansele adolescenţilor respectivi de a deveni membri competitivi ai societăţii.

În Bucureşti şi în alte oraşe ale ţării sunt constituite astfel de grupuri.

Activitatea de grup şi moda. Tinerii participă la diverse sporturi. O parte din ei le practică, dar cea mai mare parte participă şi vizionează competiţiile sportive în grup. Fiecare adolescent îşi împărtăşeşte confidenţele intime cu cel mai bun prieten.

Fetele petrec ore întregi la oglindă cu coafura şi fardurile. Petrec un timp enorm vorbind la telefon pe care-l folosesc pentru a discuta subiecte care li se par interesante (îmbrăcăminte, idei, evenimente cotidiene) pentru care au nevoie de aprobare. Aceste convorbiri constituie o sursă de conflicte cu familia.

În adolescenţa mijlocie îşi doresc telefon mobil, bicicletă, motocicletă sau chiar automobil care le permit o independenţă crescută faţă de părinţi şi/sau o metodă de a „creşte în ochii” colegilor. Inspirându-se din cele văzute şi auzite despre tinerii din Occident, unii îşi iau servicii pe timp limitat, ceea ce le permite să-şi asume

atitudini de adulţi.

În toate perioadele adolescenţei se ascultă muzică modernă, se dansează, se citeşte şi se petrece mult timp cu conversaţia.

6.2.3. Alegerea profesiei.

Învăţământul general prevede o perioadă de 9 ani, cuprinzând toată adolescenţa timpurie cât şi o parte din cea mijlocie. Prin tradiţia încetăţenită în ultimele decenii, de dinainte de anul 1990, aproape toţi copiii continuă să studieze atât în şcolile secundare (licee teoretice, licee industriale, şcoli profesionale) şi în foarte mare măsură continuau la şcoli postliceale şi la universităţi. Prin procesul de industrializare şi urbanizare forţată, adolescenţii nu au mai îmbrăţişat profesiunile tradiţionale ale familiei şi locului de baştină. Satele sau depopulat, meşteşugarii sau redus foarte mult făcându-şi apariţia un mare număr de tineri cu diplome universitare sau de şcoli tehnice postliceale. Toţi prin planificare au fost repartizaţi în „producţie”, cu şi fără o utilizare eficientă. În prezent există încă o regresie în dorinţa de a intra într-o formă de învăţământ care să ofere o diplomă. În rândul tinerilor, contrar planurilor şi concepţiilor familiei din care se trag, mulţi tineri încep să-şi ia un serviciu, să „lucreze” pe timp limitat, testându-şi astfel aptitudinile. Pentru a avea o independenţă financiară, unii sunt tentaţi să părăsească şcoala şi să lucreze cu o normă întreagă. Cei mai mulţi optează pentru continuarea studiilor în cadrul unui liceu (teoretic sau industrial) şi apoi o formă de învăţământ

universitară. Aceştia nu vor ajunge la independenţa financiară decât după vârsta de 25 de ani.

Indiferent de calea pe care şi-o aleg, trecerea adolescentului după absolvirea şcolii generale de 9 ani, opţiunea şi trecerea la o altă treaptă a activităţii se face în prezent cu multe frământări, riscuri şi mai ales schimbări în mentalitatea şi comportamentul adolescenţilor. Cei care renunţă la studii trebuie dintr-odată să devină „adulţi”, cu eforturile şi rigoarea impuse de concurenţa obligatorie în lumea capitalistă. Nici absolventul şcolii generale, până acum întreţinut material şi ocrotit social şi psihic de familie, într-o lume restrânsă la un cerc familiar redus cu tradiţiile, modul de viaţă echilibrat şi fără zdruncinări nu este scutit de „cutremure”. Ajuns în lumea liceului cu colegi veniţi din alte cartiere sau localităţi, din familii foarte diferite, „eliberaţi” de prezenţa şi controlul familiei trec în grupul adolescenţilor care intră sub influenţa noilor condiţii sociale: studiul unor materii mai complicate, informaţii despre o altă viaţă decât cea oferită de familie (alte standarde şi alte concepţii de viaţă la mulţi din noii colegi), o libertate mai mare de mişcare şi de abordare a vieţii cotidiene, tentaţia escapadelor la discoteci sau localuri pentru tineri, descoperirea alcoolului şi uneori a drogurilor, alte relaţii cu sexul opus etc. Din adolescenţii timizi, stângaci, nesociabili, disciplinaţi, în câteva luni apar tineri cu aer de independenţă, puşi pe „nu”, care impun părinţilor „dialogul de la egal la egal”. Depinde de mentalitatea familiei din care provine,

de experienţele adolescentului din viaţa de familie, de atmosfera generală a şcolii respective şi mai ales de grupul („cercul”) de prieteni în care intră. Se schimbă viaţa de familie din întreaga copilărie (tradiţii, metode de educaţie, armonia vieţii de familie atât în ce priveşte calitatea relaţiilor dintre părinţi cât şi a acestora cu copiii şi celelalte rubedenii – bunici etc.). De asemenea, un rol important îl au cinstea, modestia, adevărul şi sobrietatea vieţii de familie; dintr-o familie care trăieşte în minciună şi necinste sunt mari şanse să rezulte urmaşi cu tulburări de comportament care duc până la urmă la delincvenţa juvenilă.

În adolescenţa timpurie şi în cea mijlocie rolul primordial îl are grupul de prieteni, în adolescenţa târzie, relaţia obişnuită nu mai este formată de grup. Părinţii sunt datori să vegheze şi pe cât posibil, cu mult tact, să ferească pe adolescent de influenţe nefaste. Alături de familie profesorii au un rol deosebit. În ultimii ani credem că mai mult decât familia corpul profesoral a sesizat şi şi-a adaptat metodele de educaţie şi instruire didactică la mutaţiile care au survenit în comportamentul, interesele şi speranţele adolescenţilor. Planurile de învăţământ, ponderea anumitor materii de studiu, metodologia predării şi a disciplinei în şcoli a fost sesizată şi adaptată (uneori) de cadrele didactice mai mult decât de alte segmente ale societăţii româneşti, începând cu părinţii şi terminând cu politicienii.

6.2.4. *Dezvoltarea funcţiei de cunoaştere* (*cognitivă*)

După Piaget (mare psiholog elveţian) între 11 şi 12 ani are loc stadiul final. Adolescentul intră în stadiul operaţiilor formale şi dobândeşte capacităţile cognitive ale adultului. „Operaţiile formale” se caracterizează prin gândire abstractă. În acest stadiu devin capabili să gândească „ipotetic”. Nu se mai mulţumesc să se gândească numai la lucrurile pe care le-au experimentat sau observat direct, ci pot conceptualiza dincolo de domeniul realităţii pentru a raţiona despre probleme şi evenimente care sunt contrare faptelor sau dincolo de domeniul posibilului. Pot conceptualiza lumi şi evenimente din domeniul istoriei sau viitorului, precum şi despre spaţiul geografic şi celest. Pentru prima dată, fiinţa umană este capabilă să înţeleagă şi să utilizeze reguli ale logicii pentru a gândi atât inductiv cât şi deductiv. Înţeleg sensurile simbolice şi astfel pot apuca şi interpreta glume cu dublu înţeles, forme de artă ca poezia simbolistă şi pictura abstractă.

Capacitatea de a utiliza gândirea abstractă influenţează comportamentul general al adolescentului. La începutul adolescenţei şi mai puţin în cursul adolescenţei medii sunt egocentrici. Sunt profund angajaţi în a gândi într-un mod abstract despre ei înşişi: „sunt normal”; „de ce m-am comportat în acest mod?”; „ce însemn pentru alţii”; „ce sunt în realitate?”. Ca o consecinţă a egocentrismului se comportă în cea mai mare parte a timpului ca şi când ar fi la fel de centrali şi de importanţi în gândurile altora cum sunt pentru ei înşişi. Se cred „buricul pământului”, după o expresie populară. Îşi

imaginează că sunt în centrul atenţiei şi interesului fiecăruia şi că ceilalţi sunt impresionaţi de ceea ce au bun (de la trăsăturile de caracter până la aspectul fizic, mai ales trăsăturile feţei) şi critici faţă de orice defect, indiferent dacă defectele sau calităţile sunt reale sau numai imaginate de ei.

Adolescenţii se pot crede „salvatori" care vor fi capabili să rezolve problemele pe care alţii nu le-au putut duce la bun sfârşit. Uneori au experienţa unor „trăiri unice", în care cred cu adevărat, că sunt unici în întreaga umanitate şi că nimeni nu a iubit, nu s-a bucurat, nu a fost atât de profund sau disperat.

De asemenea au tendinţa să creadă că nu sunt supuşi probabilităţii care afectează pe oamenii obişnuiţi şi că se pot angaja, fiind în siguranţă în utilizarea de droguri, sex şi activităţi periculoase fără a suferi consecinţe serioase.

6.2.5. Dezvoltarea morală

Sunt foarte atenţi la standardele morale ale părinţilor, profesorilor şi adulţilor în general şi mai ales între ce spun şi ce fac („fapte şi vorbe") în realitate. Condamnă când este neconcordanţă şi, în general, încearcă să-şi facă propriile standarde morale.

Preadolescenţii şi adolescenţii aparţin stadiilor 3 şi 4 după Kohlberg:

Stadiul al 3-lea (*concordanţă interpersonală*). Toţi doresc să aibă un comportament conform regulilor şi convenţiilor „impuse" de comunitate (clasă, grup) şi acceptă să se supună legilor

generale. Doresc să-i ajute pe cei slabi; îşi manifestă dragoste, loialitate, recunoştinţă şi respect.

Dintre toate acestea, loialitatea faţă de grup devine tot mai importantă; minciuna sau înşelătoria în cadrul grupului determină pedepsirea. Alături de grup îşi dezvoltă tăria de a evita comportamentele antisociale, empatia.

Stadiul al 4-lea – Orientarea spre menţinerea legii şi ordinii. Sunt de partea legii şi autorităţii pe care le respectă; condamnă pe cei care le încalcă. Uneori însă adolescenţii mai mari mint ocazional pentru aşi proteja un prieten. Examinează preceptele morale care intră în conflict cu ale sale, dar le înlătură repede şi, de regulă, se asociază cu persoane care au aceleaşi valori şi urmează aceleaşi reguli. Unii se orientează spre religie pentru aşi dobândi o identitate mai puternică şi pentru a dispune de un set de reguli bine delimitate pentru credinţă şi comportament. Alţii se încadrează în cluburi sportive, formaţiuni de teatru amator sau muzică uşoară etc. Până îşi formează propriul cod de comportament şi filosofie a vieţii adoptă reguli externe de conduită (din familie, şcoală, religie, asociaţie etc.). Religia poate lua locul autorităţii familiale şi este agreată de grupul de prieteni.

Alături de misterele şi austerităţile religiei, adolescenţii se simt atraşi de frumuseţile naturii, muzică şi/sau literatură. Aceste preferinţe şi apropieri îi fac să se îndepărteze de familie şi de propria copilărie. Caută şi abordează domenii mai vaste cu convingeri şi standarde ce pot fi utilizate

pentru aşi clădi identitatea nu numai ca membru al propriei familii, dar al unor comunităţi din ce în ce mai mari (instituţii de învăţământ, asociaţii, naţiune, ţinut, ţară) sau chiar ai căror membri se simt şi se identifică.

6.3. Alimentaţia (şcolar mic, adolescent)[15]

Se ştie că hrana influenţează hotărâtor dezvoltarea fizică şi intelectuală a individului. Carenţa îndelungată de proteine în copilărie frânează dezvoltarea anumitor potenţiale fizice şi psihice. Excesul alimentar nu creşte capacitatea şi randamentul fizic sau intelectual, ci duce doar la formarea unui strat grăsos excesiv, nedorit. Copilul „durduliu" nu este mai sănătos decât unul „slab". Copilul suplu este mai rezistent şi suportă îmbolnăvirile, de regulă, mai uşor. Excesul ponderal din copilărie persistă în adolescenţă şi la vârsta adultă. Obezitatea la adult duce la îmbolnăviri şi scade durata de viaţă. Cunoştinţele despre alimentaţia raţională, echilibrată trebuie învăţate. De aceea, toţi cei care se ocupă de îngrijirea şi educaţia copiilor ar trebui să se familiarizeze cu principiile de bază ale alimentaţiei copiilor. Astfel se poate alcătui o hrană consistentă, gustoasă şi cu preţ convenabil pentru şcolar. Mamele salariate au posibilitatea de a oferi copiilor o alimentaţie consistentă, introducând în meniu unele preparate industriale sau semipreparate. Odată cu vârsta şcolară funcţiile

---

15 Vezi şi „Obezitatea" pag. 305 – 310.

aparatului digestiv şi metabolice sunt într-atât maturate, încât pot tolera alimentaţia adultului. Maturaţia deplină are loc însă abia la sfârşitul perioadei de şcolar. După mese prea copioase sau alimente greu digerabile copilul varsă mai uşor decât adultul.

a) *Comportamentul la masă*. Şcolarul mănâncă bine dacă are un program de viaţă corespunzător, cu asigurarea nevoii de mişcare şi dacă-i se oferă o hrană variată, prezentată în mod atrăgător. Este important să se respecte orele de masă. Orarul neregulat de masă şi mai ales „gustările" dintre mese împiedică dirijarea normală a poftei de mâncare. Masa nu va fi luată în grabă. Şcolarul mănâncă cu plăcere, concentrat şi liniştit, dacă îi este foame. O condiţie pentru a avea poftă de mâncare este să se mişte îndeajuns în aer liber şi să doarmă cât trebuie.

b) *Mâncători buni şi "răi"*. Copilul nu trebuie lăudat sau stimulat dacă mănâncă mult, dar nici nu trebuie ademenit cu promisiuni ori ameninţat cu pedepse ca să mănânce mai mult, când adulţii consideră că nu mănâncă suficient.

Copilul are nevoie să mănânce, dar nu este obligat să mănânce!

Copilul sănătos ştie în general când este sătul. El continuă să mănânce numai dacă este îndemnat sau obligat se facă. Consumul de alimente dincolo de saţietate se observă şi atunci când mesele se lungesc prea mult. Acest obicei de a mânca „peste măsură", fixat în copilărie se menţine mai târziu ducând la obezitate la vârsta adultă. Copilul nu trebuie educat să devină

mâncăcios. Şcolarul are perioade în care mănâncă prost; nu este un motiv de îngrijorare dacă se simte bine şi este sănătos. Copiii cu ritm accelerat de creştere mănâncă mai mult decât cei care sunt mici pentru vârsta lor. La unele fetiţe aportul alimentar este redus voluntar, în ciuda unui apetit sănătos, din dorinţa de aşi păstra silueta şi a corespunde „idealului de frumuseţe”.

c) *Formarea bunelor deprinderi la masă*. Greşelile de alimentaţie pot fi evitate dacă şcolarul nu este lăsat să mănânce singur, ci ia masa cu familia sau în alt colectiv. Adulţii trebuie să se controleze în gesturi, să dea un exemplu bun şi să aibă grijă să domnească o atmosferă de bună dispoziţie. Dacă un adult va critica tot ce i se oferă la masă, nu va fi de mirare ca şi copilul să-şi însuşească aceeaşi atitudine. Deprinderea bunelor maniere începută încă din prima copilărie, se consolidează şi; se fixează în timpul perioadei de şcolar.

Nevoile nutriţionale ale copilului mic, preşcolarului, şcolarului şi adolescentului. Consumul de energie pe kg de greutate corporală şi pe zi scade în cursul copilăriei. Nevoile calorice pentru metabolismul bazai şi pentru creştere sunt în scădere. Pe de altă parte, consumul total de energie pe 24 de ore creşte în cursul copilăriei, odată cu înaintarea în vârstă.

TABELUL 6.4

RECOMANDĂRI PENTRU UN APORT ENERGETIC CORESPUNZĂTOR PENTRU COPILUL MIC ŞI ŞCOLAR (W. DROESE, HELGA

STOLLEY)

Vârsta în ani	*Valoarea energetică pe zi în kilocalorii*	*Cifre medii în Joule*[16]
1 – 3	1.000 – 1.400	4.200 – 5 880
4 – 6	1.500 – 1.800	6.307.560
7 – 9	1.700 – 2000	7.148.400
10 – 12 băieţi	2.100 – 2.300	8.820 10.080
10 – 12 fete	2000 – 2.300	8.400 – 9.660
13 – 14 băieţi	2.400 – 2.800	10.080 – 11.760
13 – 14 fete	2.200 – 2.600	9.240 – 10.920

Fetele ating maximum de consum energetic (2.200 – 2.400 Kcal pe zi) la vârsta de 14 – 15 ani. La băieţi acest maximum este atins abia la vârsta de adolescent, între 15 şi 18 ani, şi se cifrează la

16 Conform unor înţelegeri internaţionale se recomandă folosirea unităţii de măsură Joule pentru valoarea energetică 1 Kcal = 4,184 KJ.

3.000 – 3.500 kcal/zi. Cifrele calorice pe zi se referă la copiii cu greutate şi talie medii, în condiţii de mişcare normală şi la ritm de creştere corespunzător vârstei. Băieţii mănâncă mai mult încă din perioada de copil mic faţă de fetiţele de aceeaşi vârstă.

Urmărind aportul alimentar la copilul sănătos, se constată variaţii de la o zi la alta. Consumul de energie nu este acelaşi în fiecare zi. Copiii şcolari care au activitate sportivă intensă sau depun o muncă fizică deosebită, consumă mai multă energie.

Nevoile de lichide sunt mari. Apa este un aliment indispensabil, ce are de îndeplinit numeroase funcţii în organism. Apa este necesară pentru creşterea şi regenerarea ţesuturilor. Fără apă organismul nu poate produce urină, care este vehiculul esenţial pentru îndepărtarea unor produşi de degradare (rezultaţi din metabolism) şi a unor săruri. O parte din apa ingerată în cursul unei zile este eliminată sub formă de perspiraţie insensibilă (pe cale respiratorie şi prin piele prin transpiraţie). Cu cât copilul este mai mic, cu atât sunt mai mari nevoile de lichide pe kg/greutate corporală. Copilul mic are nevoie de apă, raportat la greutatea corporală de trei ori mai mult decât adultul. Aproximativ jumătate din nevoile de lichide este acoperită prin băuturi. Restul este conţinut în alimente. Aşa-numitele „alimente solide” ca pâinea, carnea, peştele, brânza, ouăle, conţin apă în proporţie de 40 – 70%. Cartofii, fructele, zarzavaturile conţin apă până la 90%.

Substanţele plastice. Produsele sunt de

importanţă vitală ca material de construcţie (plastic) şi aliment (valoare nutritivă). Un gram de proteine furnizează 4,1 calorii. Proporţia de proteine în alimentaţie trebuie să reprezinte 10 – 12% din aportul energetic. Alimentaţia raţională trebuie să cuprindă cel puţin jumătate din proteine „de înaltă valoare”, adică proteine de origine animală (lapte, carne, brânzeturi, peşte, ouă), iar restul sub formă de proteine vegetale (pâine, alte produse din cereale, leguminoase, cartofi şi zarzavaturi). Copilul de 7 – 9 ani ar primi necesarul de proteine animale, prin 250 ml lapte, 100 g carne sau produse din carne, 20 g brânză uscată sau 40 g brânză de vaci. Conţinutul în proteine din unele alimente obişnuite este redat în tabelul 6.5.

TABELUL 6.5

VALOAREA ENERGETICĂ (ÎN CALORII ŞI JOULE) ŞI CONŢINUTUL ÎN PROTEINE, GRĂSIMI ŞI HIDROCARBONATE (H.C.) ÎN UNELE ALIMENTE UZUALE (LA 100 G) (DUPĂ INSTITUTUL DE CERCETĂRI PENTRU ALIMENTAŢIA COPILULUI, DORTMUND, 1980)

Alimente	*Valoare energetică*[17]	*Proteine*	*Grăsimi*	*H.C.*
Lapte (3,5% grăsimi)	66	3,	3,	5

17 Cifrele din paranteză indică valoarea energetică a alimentelor calculată în Joule.

Lapte normalizat.	(277)	4	5	
degresat (1,8%)	50	3,	1,	5
Lapte acru bătut.	(210)	4	8	
smântânit	36	3,	0,	4
	(151)	5	5	
Iaurt (3,5% grăsimi)	65	3,	3,	4
Brânză fermentată	(275)	7	5	
(40 – 60% grăsimi)	375	2	2	2
Brânză de vaci	(1575)	5,0	7,5	1
degresată	82	1	0,	2
Ouă (1 ou de găină	(344)	7,2	6	1
— circa 50 g)	84	6,	5,	
	(353)	4	6	0
Unt	775	0,	8	
	(3255)	7	3,0	1
	750	0,	8	
Mărgări să	(3150)	5	0,0	0
Uleiuri din germeni	928	0,	9	
	(3898)	0	9,8	0
	360	1	3	
Carne de porc	(1512)	5,0	1,0	0
	201	1	1	
Vacă	(844)	9,8	2,0	0
	144	2	5,	
Pasăre	(605)	0,6	6	0
	144	1	4,	
Ficat	(605)	9,7	4	4
	193	1	1	
Şuncă fiartă	(811)	9,5	1,0	0
	531	1	4	
Salam uscat (Sibiu)	(2230)	6,0	8,5	0
Crenvurşti	263	1	2	
	(1105)	3,3	1,6	0

Pâine neagră	253 (1063)	6,4	1,0	5 1
Pâine integrală	246 (1033)	7,4	1,0	4 8
Pâine albă	270 (1134)	7,5	0,8	5 4
Pesmet	403 (1693)	9,9	4,3	7 6
Griş	370 (1554)	1 0,3	0,8	1 5
Fulgi de porumb	388 (1630)	7,7	0,6	8 2
Orez fiert „Paste făinoase	121 (508)	2,3	0,2	2 6
fierte	130 (546)	4,3	1,0	2 4
Cartofi	85 (357)	2,0	0,2	1 9
Cartofi prăjiţi	374 (1571)	3,9	2 3,3	3 4
Conopidă	28 (187)	2,5	0,3	4
Morcovi	35 (147)	1	0,2	1
Spanac	23 (97)	2,4	0,4	2
Mazăre (conservă)	66 (272)	3,4	0,4	1 1
Mere, pere	56 (235)	0,4	0,4	1 3
Piersici	46 (193)	0,7	0. 1	1 0
Banane	90	1,	0,	2

	(378)	1	2	1
	54	1,	0,	
Portocale	(227)	0	2	2
	563	9,	3	
Ciocolată cu lapte	(2365)	1	2,8	5
	376	1,	0,	
Bomboane	(1579)	0	0	4
Îngheţată	205	3,	1	
	(861)	9	1,7	0
Marmeladă	263	0,	0,	
	(1105)	4	0	6

Grăsimile vizibile şi invizibile. Grăsimile din alimentaţia copilului îndeplinesc numeroase funcţii. Grăsimile cu valoare biologică ridicată sunt cele care conţin acizi graşi esenţiali polinesaturaţi (mai ales acid linoleic) şi vitaminele A, D, E şi K. Ele sunt uşor de digerat. Printre grăsimile cu mare valoare biologică se numără: untul, margarina, uleiurile vegetale şi slănina, în alimentaţia copilului, aceste grăsimi se folosesc preferenţial pentru gătit sau pentru tartine. Alte grăsimi ca untura, seul vor constitui o parte mică.

Din toate principiile nutritive grăsimile furnizează cea mai multă energie. Un gram de grăsimi furnizează 9,3 kcalorii. Prin adăugarea de grăsimi la alimente se poate acoperi o mare parte de nevoi nutritive în cantitate mică de aliment. Grăsimile sunt digerate mai încet decât proteinele şi hidrocarbonatele şi, de aceea, conferă mâncării o saţietate mai mare. Adăugarea unor cantităţi mici de grăsime fac mâncarea mai gustoasă.

Tabelul arată că, practic, toate alimentele

conţin grăsimi. În majoritatea lor, grăsimile nu sunt însă vizibile („grăsimi invizibile”) spre deosebire de cele „vizibile” din unt, margarină, ulei, slănină, untură şi seu. În alimentaţia noastră obişnuită, grăsimile vizibile şi invizibile se află în proporţie de 40: 60. Într-o alimentaţie echilibrată a copilului, 35 – 40% din calorii trebuie să fie furnizate de grăsimi. Nu este de dorit o cantitate mai mare. Obiceiurile culinare din unele familii ascund primejdia de a oferi copiilor o cantitate excesivă de grăsimi, ce duce la depozitarea lor. Tartinele cu unt şi cu brânză (salam sau şuncă) oferite uneori de 2 ori pe zi duc la depăşirea necesarului de grăsimi. De aceea, ungerea pâinii cu unt şi gătitul cu grăsimi trebuie făcute cu moderaţie.

Hidraţii de carbon sunt sursă principală de energie. Alimentaţia copilului fără un aport suficient de hidrocarbonate este imposibilă chiar pentru foarte scurt timp. Dintre toate principiile nutritive hidrocarbon aţele sunt cel mai uşor digerate şi cel mai rapid transformate în energie. Copiii, cu metabolismul lor alert şi cu mobilitatea lor caracteristică vârstei, necesită cel puţin 50% din aportul nutritiv sub formă de hidrocarbonate. Un gram de hidrocarbonate furnizează 4,1 kcalorii.

Alimentele bogate în hidrocarbonate cu valoare nutritivă mare sunt: pâinea integrală, pâinea neagră, produsele de cereale (fulgi, „făină instant”), cartofii, leguminoasele şi fructele. Aceste alimente acoperă de asemenea nevoile de vitamina B „vitaminele din complexul B, vitamina

C. Ele mai conţin şi alte principii importante ca: proteine, calciu, fosfor, fier şi aşa numitele „fibre” sau substanţe de lest (celuloză, proteine), necesare pentru peristaltismul intestinal normal. Mama va avea grijă ca în funcţie de sezon să ofere zilnic alimente ce conţin hidrocarbonate, bogate în vitamina C şi fibre alimentare. Astfel:

primăvara: salată, ceapă şi usturoi verde, ridichi, spanac, urzici, lobodă, cireşe şi banane; *vara*: morcovi, tomate, ardei gras, mazăre verde, fasole păstăi, cartofi, căpşuni, piersici, coacăze, vişine, caise, zmeură, afine, pepeni, castraveţi; *toamna*: mere, pere, gutui, prune, cartofi, morcovi, conopidă, struguri, ţelină, varză, gogoşari, vinete etc.; *iama*: cartofi, morcovi, mere, pere, banane, sfeclă, praz, ceapă, varză, ridichi, lămâi, portocale.

Pâinea albă, aluaturile, prăjiturile, zahărul, mierea, marmeladele, bomboanele, îngheţata, precum şi alte dulciuri sunt considerate alimente cu valoare biologică mai puţin importantă. Ele conţin vitamine puţine sau deloc şi sunt sărace în fibre şi alte substanţe asociate. Ele vor acoperi numai o mică parte din nevoile de hidrocarbonate.

Vor fi evitate dulciurile şi prăjiturile de cofetărie între mese. Ele strică pofta de mâncare şi predispune la carii dentare. Îndeosebi sunt periculoase pentru dinţi: mierea de albine, toate dulciurile lipicioase (caramele, nuga, alviţă etc.), bomboanele, rahatul şi „bomboana” dată la culcare. Dulciurile şi cofeturi le pot fi oferite în cantitate mică după mesele principale. Stomatologii recomandă după consumarea de

dulciuri, spălarea riguroasă a dinţilor.

Sărurile minerale şi oligoelementele sunt indispensabile. Creşterea copilului se face corespunzător numai dacă alimentele cuprind în cantitate suficientă săruri minerale şi oligoelemente (minerale în cantitate foarte mică). O alimentaţie variată şi raţională conţine aceste elemente şi nu este necesară suplimentarea la copilul sănătos.

a) Natriul (*sodiu*). Sursa principală este sarea de bucătărie. Aceasta este conţinută în cantitate suficientă în unele alimente preparate ca pâinea, mezelurile, telemeaua, caşcavalul, produsele de carne sau conservele de peşte. Nu este necesar adaosul de sare la mâncăruri. De obicei, în bucătăria noastră se sărează excesiv. Este mult mai recomandabil să se condimenteze şi să se asezoneze mâncărurile cu verdeţuri variate (pătrunjel, mărar, cimbru etc.).

b) Calciul. Conţinutul în calciu al alimentaţiei este determinat în primul rând de consumul de lapte. 1/2 litru de lapte (integral, degresat, iaurt) pe zi, băut simplu sau folosit la gătit acoperă cu certitudine nevoia de calciu la copilul mic şi şcolar. La cei care primesc prea puţin lapte se va da şi brânză.

c) Fosforul. Alimentaţia cu un conţinut optim de proteine şi calciu acoperă sigur şi nevoile de fosfor.

d) Fierul este necesar pentru sinteza hemoglobinei. Fără fier se ajunge sigur la anemie. Alimentele care au un conţinut bogat în fier sunt: viscerele (ficatul, rinichiul), carnea, peştele,

gălbenuşul de ou, preparatele din carne, fulgii de ovăz, leguminoasele, spanacul şi piersicile. O alimentaţie variată asigură cel mai bine prevenirea deficitului de fier şi anemia.

Vitaminele. Alimentaţia complexă, variată conţine toate vitaminele în cantitate corespunzătoare, în afară de vitamina D. Nu este bine să se administreze suplimentar preparate vitaminice, fără recomandarea medicului.

a) *Vitamina A* (retinol şi caroten) se găseşte în alimente sub două forme diferite. În alimentele de origine animală se găseşte predominant sub formă de vitamină A direct utilizabilă (retinol). Alimentele cu conţinut ridicat în retinol sunt: ficatul, untul, margarina şi gălbenuşul de ou. În cele de origine vegetală se găsesc carotenii care sunt precursorii vitaminei A. Aceştia sunt mai valoroşi din punct de vedere biologic şi se absorb mai puţin bine din intestin. Purtătorii de caroten sunt: morcovul, spanacul, fasolea verde, varza crudă, varza de Bruxelles, ardeiul, andivele, salata verde, pătrunjelul, caisele, mandarinele şi piersicile.

b) *Vitamina Bx* (tiamina). Alimentaţia bogată în hidrocarbonate şi săracă în grăsimi solicită mai mult vitamina B, decât cea cu grăsimi multe. Dintre alimentele cu conţinut bogat în vitamină B: carnea de porc, şunca, slănina cu carne, ficatul, rinichii, produsele de cereale (făina integrală, făina intermediară, fulgii de ovăz) şi leguminoasele.

c) *Vitamina B7* (riboflavina). Necesarul este acoperit prin lapte, brânză de vaci, telemea şi mai

puţin prin carne şi pâine.

d) *Vitamina C* (acidul ascorbic) se găseşte în fructe, zarzavaturi, cartofi. Au un conţinut bogat în vitamina C: coacăzele, căpşunile, citricele, ardeiul, varza. Copiii care mănâncă fructe proaspete sunt mai bine asiguraţi cu vitamina C decât cei care primesc vitamină C din cartofi şi zarzavaturi, deoarece menţinerea vita minei C în acestea depinde în mare măsură de păstrare şi preparare. Ofilirea, spălarea prelungită şi fierberea scad simţitor conţinutul în vitamină C.

e) *Vitamina D* (calciferolul). Organismul în creştere are nevoie de vitamină D pentru structura osoasă. O parte din vitamina D este sintetizată în piele sub influenţa radiaţiilor ultraviolete solare. Purtătorii principali de vitamina D sunt: untura de peşte, heringii, gălbenuşul, frişca, ficatul, untul şi margarina; niciunul dintre acestea nu asigură nevoile copilului. Preparatele cu vitamina D vor fi administrate numai la recomandarea medicului.

6.4. Îngrijiri

Autoîngrijirea şi igiena. Încă din perioada de preşcolar, este bine ca orice copil să dobândească obişnuinţa şi abilitatea de a se deprinde să facă singur următoarele: mâncat, îmbrăcat, încălţat, folosirea latrinei, spălatul mâinilor şi dinţilor, pregătirea ghiozdanului. Deveniţi şcolari, sunt doritori să se îngrijească şi să păstreze regulile de igienă singur. Şcoala poate sprijini educaţia sanitară. Procesul este gradual şi la el contribuie părinţii, profesorii şi copiii. Pe lângă deprinderile

însuşite în perioada de preşcolar se mai instalează următoarele obiceiuri de bază: baia generală (duş, cadă) sau parţială zilnică, spălarea părului (1 – 2 ori pe săptămână), utilizarea zilnică a pieptenului şi a periei personale, pregătirea alimentaţiei (tartine pentru şcoală, încălzirea mâncării), folosirea mijloacelor de încălzire (aragaz, cuptor, microunde) şi de refrigerare (frigider, congelator), exerciţiul fizic şi odihna alternativă din fiecare zi. Atât pe preadolescent cât şi pe adolescent aceste deprinderi îl vor feri de restrângerea de grup. Mai ales la adolescenţi mirosul urât al transpiraţiei, al nespălării în general şi al dinţilor în special îi pun pe respectivii în situaţii penibile.

Insistăm pentru menţinerea în continuare a deprinderii ca la orice vârstă să se facă baia generală (duş sau cadă) sau parţială (faţă, gât, bust, axile, mâini şi picioare) zilnic, unghiile se taie de două ori pe săptămână (rotund la mâini, drept la picioare). Deodorantele se vor folosi cât mai rar.

Îngrijirea dinţilor constituie o problemă de sănătate, prevalentă în timpul anilor de şcoală. În Statele Unite 95% din şcolari sunt afectaţi de carii dentare.

Părinţii sunt datori să înveţe pe copii să perie dinţii şi să clătească gura de cel puţin două ori pe zi. Să folosească pastă de dinţi cu fluor, modificând din când în când produsele comerciale, indiferent de reclame. Spălarea pe dinţi trebuie să se facă imediat după mâncat.

Se vor evita dulciurile şi în special bomboanele lipicioase (caramele, alviţă etc.). Din

6 în 6 luni este necesar control dentar de specialitate. La cei care prezintă vicii de implantare, conformaţie etc. este necesar să se poarte un aparat pentru corectarea anomaliilor.

Hiperhidroza. Prin acest termen se înţelege transpiraţia excesivă a mâinilor, picioarelor şi a axilelor. Este foarte neplăcută. Se întâlneşte mai ales la copiii nervoşi şi emotivi. Zonele respective se pudrează cu talc. În fiecare seară se fac băi generale sau duşuri. Nu se va folosi încălţăminte cu talpă de cauciuc, încălţăminte de cauciuc, ciorapii şi tricourile de nylon. Vara, se poartă încălţăminte uşoară (sandale cu barete, pantofi din împletituri etc.).

Părul. Cele spuse la preşcolar sunt valabile şi la şcolar sau adolescent. Pubertatea este vârsta critică pentru păr. După vârsta de 10 ani grija pentru păr trebuie dublată. La mulţi şcolari pe pielea capului apar mătreaţa şi cruste seboreice (coji gălbui). Se vor folosi produse de şampon „împotriva mătreţei”. După şampon se limpezeşte cu apă simplă din abundenţă. Este interzis să se folosească apa de colonie, loţiuni alcoolice. Atât băieţii, cât mai ales fetele vor fi deprinşi să perie, pieptene şi eventual să maseze părul în fiecare seară, eventual cu o loţiune specială recomandată de un dermatolog. În alimentaţia copilului trebuie să se găsească zilnic ulei de porumb sau de floarea-soarelui, care conţin vitamina F, a cărei absenţă provoacă uneori căderea părului şi dermatoze.

Ochii. Iluminatul va fi dozat pentru a nu obosi ochii: patul va fi astfel orientat ca lumina să nu

bată în ochi. La copiii nervoşi iluminatul nu va fi violent. Nu se foloseşte iluminatul cu neon. Se alege o lampă de lucru cu picior mobil, care va fi orientată în direcţia dorită. Când îşi face temele se va folosi ca sursă luminoasă un bec de 100 Waţi, la 40 cm depărtare de carte, în stânga (dacă scrie cu mâna dreaptă). Pe masa de noapte se plasează o lampă mică cu abat-jour. *Televizorul* oboseşte ochii. De aceea, copiii nu vor fi lăsaţi să stea în zilele de sărbătoare tot timpul în faţa televizorului. Când este autorizat să urmărească anumite transmisiuni, copilul va fi plasat la cel puţin 2 – 3 m de aparat iar într-un colţ al camerei, în spatele copilului se va plasa o mică lampă aprinsă. Copiii care suferă de tulburări de vedere vor fi obligaţi să poarte ochelari cu lentile corectoare. Pentru a preveni miopia (vede prost la distanţă), se va asigura un bun iluminat în camera de lucru, iar copilul nu va citi cu cărţile prea apropiate de ochi şi nu va sta mult la televizor.

Poziţiile incorecte. Pentru a lupta împotriva acestor atitudini pe care le iau aproape toţi copiii de îndată ce ating vârsta şcolară sau adolescenţa este necesar să se aleagă o saltea bună, care să fie umplută uniform şi să fie tare. Este de preferat o somieră cu arcuri tari sau saltea Relaxa. Nu se folosesc perne mari şi moi. Copilul va fi învăţat cum să se aşeze la masa de lucru: scaunul trebuie să fie aproape de masă. Pieptul copilului nu trebuie să fie în contact cu ea, iar spatele trebuie să fie drept. Se va explica şcolarului că este bine să evite să încrucişeze picioarele sau să citească cu nasul în carte. La şcolarul mic este obligatoriu

purtarea ghiozdanului pe spate; este periculos ca un copil să ducă ghiozdanul agăţat de acelaşi umăr sau purtat cu aceeaşi mână (se produce scolioza, o curbură laterală a coloanei vertebrale).

Sânii („pieptul”) fetiţelor. Trebuie vegheat foarte devreme la formarea unui piept frumos. După vârsta de 10 ani eleva va fi învăţată cum să-şi îngrijească sânii care încep să se dezvolte: *a*) în fiecare zi, după baie sau duş, sânii vor fi stropiţi cu un burete mare îmbibat cu apă rece sau, mai bine, cu jetul de apă de la duş. Apa rece măreşte tonusul, fortifică ţesuturile şi stimulează circulaţia sângelui; *b*) va purta în mod obligatoriu (chiar dacă pieptul nu este complet format) în fiecare zi un sutien cu bretele elastice; sutienul va avea cupa de mărime adecvată şi va fi bine strâns la spate fără a împiedica respiraţia. Portul sutienului este deosebit de necesar în timpul exerciţiilor fizice, deoarece sânii nu sunt susţinuţi de muşchii proprii.

Dezvoltarea sânilor poate surveni foarte târziu: nu este nimic alarmant. Nataţia şi exerciţiile respiratorii favorizează această dezvoltare. Din contră, dacă sânii păstrează aspectul juvenil şi după pubertate, se va consulta un endocrinolog. Dacă, în momentul în care se instalează menstruaţia, sânii se umflă anormal de mult şi cu o mare rapiditate, se va consulta un ginecolog sau un endocrinolog.

Dimpotrivă, la unele fete sânii încep să se dezvolte devreme (8 – 10 ani) vertiginos. Uneori creşterea poate surveni unilateral sau inegal (unul din sâni este mai voluminos). La unele fete

creşterea sânilor se însoţeşte de senzaţii neplăcute (spasm, dureri) şi/sau roşeaţă. Sunt manifestări anormale.

Nu rareori, elevele (preocupate de siluetă) îşi impun, din proprie iniţiativă, regimuri dietetice foarte severe; acestea sunt deosebit de dăunătoare pentru sănătate, iar unul din efectele secundare este „prăbuşirea" sânilor, prin dispariţia stratului de grăsime care-i susţinea.

Examene medicale. La şcoală se fac examene medicale periodice (examene de bilanţ) cu scopul de a supraveghea creşterea copilului (măsurări, cântăriri) şi de a depista eventuale anomalii. Se urmăreşte efectuarea la timp a vaccinărilor. Atât în perioada de şcolar mic (I-IV clase) cât şi în cea de adolescent sunt necesare consultaţiile medicului de familie în vederea urmăririi normalităţii sănătăţii în general, dezvoltării fizice şi psihomotorii şi depistării unor anomalii (deformări osoase, obezitate, acnee, anemii, tulburări de comportament etc.).

6.5. Aer, soare şi sport

La vârsta şcolară nu permiteţi copilului de aşi petrece sărbătorile şi timpul liber între masa de lucru şi televizor. Organizaţi lucrul în aşa fel ca temele şi lecţiile să nu ia mult timp. La nevoie, dacă observaţi că „nu reuşeşte", consultaţi-vă cu medicul şi găsiţi o soluţie. Se spune că cei tari la gimnastică nu sunt în mod obligatoriu genii, opinie total greşită. Nici cei tari la teme, palizi şi plăpânzi, primii în clasa lor, nu vor fi negreşit cei care vor reuşi în mod strălucit în viaţă!

Medicii constată că salturile în talie se fac în vară sau după o vacanţă petrecută la munte, chiar în lunile de iarnă. Sportul, alimentaţia, soarele şi razele ultraviolete au un rol important. Aerul, lumina şi soarele sunt de neînlocuit.

a) Este necesară o bună respiraţie. Este indispensabil ca un copil să înveţe să respire bine. Desigur respiraţia este un act automat, dar se poate perfecţiona treptat prin exerciţiu. Copilul care respiră prost are umerii înguşti, toracele strâmt, gura deschisă, faţa palidă şi este nervos. Copilul care respiră bine este calm, are pieptul şi umerii largi, iar faţa este rumenă, învăţând pe copil să respire pe nas, se evită o mare parte din guturaiuri, angine, „gripe” şi alte boli ale nasului şi gâtului. Când un copil respiră pe gură aerul rece, umed sau uscat intră cu brutalitate şi pătrunde direct în plămâni. Când este inspirat prin nas este asanat, uscat sau umidificat, încălzit sau răcorit şi debarasat de praf care este reţinut de firişoarele de păr ale nasului.

Copilul respiră rău fie dintr-o obişnuinţă fie din alte cauze ca: vegetaţii adenoide, amigdale infectate, deviaţie de sept nazal, alergii, anomalii ale dinţilor şi/ sau maxilarelor.

Copilul se ofileşte când este privat de aer, de soare, de mişcare, condamnat să stea închis în casă, la o viaţă sedentară. El trebuie desprins să iubească aerul, apa, mişcarea, eforturile, exerciţiile fizice. Insuficienţa respiratorie este considerată ca o „boală profesională a şcolarului”. Această boală atinge 80% dintre ei. Pentru prevenire se recomandă:

– „*Să ia aer*”! în fiecare zi, la ieşirea din clasă este bine ca elevul să meargă puţin pe jos. Aceasta valorează de 10 ori mai mult decât dacă foloseşte autobuzul; şcolarul are nevoie de cel puţin 1/4 de oră de destindere după imobilitatea din clasă cu aer poluat.

– *Porţia de aer „săptămânală*”, Dacă la şcoală orele de educaţie fizică se fac în aer liber, nu trebuie „scutit” sub niciun pretext. Cocoloşind copilul prea mult, nu-i facem un serviciu – el va deveni mai răsfăţat şi mai fragil. Dacă şcoala nu a prevăzut ceva, părinţii (de recomandat tatăl) vor face cel puţin o dată pe săptămână împreună cu el o plimbare mai lungă. Drumeţia prin pădure, contactul cu natura sunt adevărate cure de relaxare şi de înfrumuseţare.

În vacanţă, cât mai mult în aer liber. Dacă părinţii nu pot să plece cu copilul, ei nu trebuie să ezite să-l trimită în tabere de vacanţă sau într-o gospodărie rurală, la rude sau prieteni, atât vara, cât şi iama.

– *Se alege un sport* care-i educă respiraţia. Dacă şcolarul are dificultăţi respiratorii, părinţii se vor consulta cu medicul şi cu profesorul de educaţie fizică.

– *Băile de aer*. Se ştie că pielea este şi un organ de respiraţie. Prin miile de pori ea absoarbe aerul şi elimină otrăvuri. Pentru ca pielea să respire, un copil nu trebuie înfofolit. Baia de aer este tot aşa de binefăcătoare, ca şi baia de soare sau baia în apă. Vara, trebuie îmbrăcat cât mai sumar; pielea va fi lăsată cât mai mult posibil în contact cu aerul. Purtarea de pantaloni lungi de

băieţi şi mai ales de fete este o greşeală. În timpul iernii se va purta îmbrăcăminte largă, care lasă să circule aerul.

– *Repausul*. Activitatea şcolară nu trebuie să se facă pe seama timpului de stat în pat. Orele de somn trebuie respectate cu stricteţe. Nu este permis ca un copil să se culce târziu din cauza lecţiilor, televizorului sau unor seri încărcate ale familiei. Până la 10 ani copilul are nevoie de cel puţin 10 ore de somn de noapte. Nu se va încălca această recomandaţie!

– *Nevoia de mişcare*. Cât mai multă mişcare afară din casă! Copiii au nevoie de activitate fizică: să participe la „treburile" gospodăriei, să alerge, să sară, să se caţere. Nu trebuie să trăiască închişi în casă. Cum îşi termină temele, vor fi „scoşi" afară să se joace într-o curte şi chiar pe o stradă sau pe alee, chiar dacă acestea ar contraria dorinţa legitimă de ordine şi curăţenie a unor locatari. Din nenorocire în oraşele mari spaţiile de joc sunt tot mai limitate, iar strada reprezintă un loc unde pot surveni multe accidente.

Sportul. Toţi părinţii ştiu astăzi că sportul este bun pentru sănătate şi mai ales că este indispensabil dezvoltării armonioase a copilului.

a) Un copil sportiv este mai sănătos. Exerciţiile fizice îl fac să transpire abundent, favorizând şi accelerând eliminarea toxinelor care otrăvesc organismul. El are, de asemenea, o influenţă favorabilă asupra oxigenării globulelor roşii, circulaţiei sângelui şi digestiei. Un copil sportiv creşte mai bine – el are poftă de mâncare,

asimilează mai bine alimentele.

b) Un copil sportiv este mai echilibrat fizic (muşchi puternici, articulaţii suple, spate drept, abdomen plat, talie mai subţire, mişcări mai graţioase, reflexe mai bune) şi psihic (nervi stăpâniţi, echilibrat, competitiv).

c) *Se alege sportul care convine copilului.* Nu avem intenţia de a spune multe despre sport neavând nici spaţiu şi nici priceperea necesară. Pediatrul de familie, medicul şcolar, medicul sportiv şi profesorul de educaţie fizică sunt cei care stabilesc dacă un copil este apt pentru a practica un anumit sport; pentru cei la care se impun exerciţii pentru recuperare a unor defecte neuromotorii, indicaţiile se fac în colaborare cu neuropsihiatrul şi medicul specialist de cultură fizică şi medicală. De la 6 la 11 ani este vârsta de înflorire a posibilităţilor fizice ale copilului. Scopul exerciţii lor fizice nu este de ai face să dobândească forţă, ci de ai dezvolta „tonusul de susţinere", adică de ai căli o musculatură capabilă să-i susţină scheletul şi de a-i ajuta dezvoltarea armonioasă a scheletului. Sportul este cel mai bun mijloc de a lupta împotriva prejudiciilor vieţii şcolare, îndeosebi contra deformării coloanei vertebrale, care constituie o boală profesională a şcolarului.

d) Trebuie evitată specializarea timpurie. Nu se face un singur sport, deoarece se favorizează dezvoltarea unora din părţile corpului în detrimentul altora. Nu trebuie lăsat orice copil să se consacre competiţiei. Un sport, oricât ar fi de binefăcător, practicat până la exces la această

vârstă în plină creştere, este contrar dezvoltării armonioase. Numai în cazurile cu totul excepţionale, se admite pentru unele individualităţi (cu vocaţie şi cu rezistenţă deosebită fizică şi psihică) antrenament intensiv de competiţie.

e) în general, se interzic exerciţiile de forţă. Practicate prea regulat, ele dezvoltă intens musculatura. Muşchii supradezvoltaţi, în loc de a favoriza creşterea, o încetinesc: nu mai sunt extensibili pentru a o însoţi impulsul de lungire a oaselor, o frânează şi pot chiar se blocheze. De aceea, trebuie proscrise halterele şi tot ce riscă să facă să lucreze muşchii în forţă sau numai anumite grupe de muşchi. Apare riscul de a face din astfel de copii mici fiinţe scunde, robuste, prea musculoase.

f) Copilul trebuie să se odihnească suficient.

Activităţile şcolare suni deja acaparante. Nu trebuie supraîncărcat cu activităţi extraşcolare. Un singur sport, dar bine ales, este suficient. Orele de sport nu trebuie să antreneze o oboseală excesivă, din cauza unor orare prea încărcate sau eforturi mari. Înainte de practicarea unui sport, trebuie consultat medicul. Unele spoituri, excelente pentru copiii sănătoşi, pot fi cu totul contraindicate în caz de afecţiuni ale inimii, plămânilor, ficatului, rinichilor sau ale coloanei vertebrale.

Atletismul. Dezvoltă cutia toracică şi favorizează o bună respiraţie, permiţând organismului să se oxigeneze din plin. Este exerciţiul de preparare ideală a tuturor

sporturilor. Dezvoltă supleţea şi rezistenţa.

Echilibrează sistemul nervos. Face să lucreze armonios toţi muşchii corpului. Contrar a ceea ce-şi închipuie unii părinţi, atletismul convine perfect fetelor, cărora le dă supleţe şi siluetă elegantă. Cursele de alergare constituie un foarte bun exerciţiu pentru respiraţie, circulaţie, toţi muşchii corpului şi reprezintă unul din cei mai buni stimulanţi ai creşterii.

Aruncarea dezvoltă îndemânarea, concentrarea şi detenta. Pentru fete lansarea greutăţii nu se recomandă încă la această vârstă, fiind necesare gesturi prea virile. În schimb aruncarea discului le convine perfect.

Săritura dezvoltă detenta; contribuie la formarea de muşchi fini şi lungi, căleşte gleznele şi fortifică articulaţiile gambelor.

Nataţia se recomandă atât la băieţi cât şi la fete. Dintre toate spoiturile înotul este cel mai complet. Are marele inconvenient că se practică în cea mai mare parte a anului în interior. Trebuie completat cu o activitate în aer liber. Dă o capacitate respiratorie excepţională, redresează spatele şi întăreşte musculatura care susţine coloana vertebrală. Stilurile de înot „bras” şi „spate” sunt exerciţii excelente pentru corectarea unor deformări ale spatelui. Din contră, stilul craul (*crawl*) – mişcarea picioarelor se face în alt ritm decât acela al braţelor, capul rămânând cât mai mult sub apă, nu este recomandat. Nataţia favorizează creşterea în lungime şi extensia muşchilor. La fetiţele cu gambe roşii şi articulaţii butucănoase, „bătaia” repetată a picioarelor în

apă este deosebit de utilă. La băieţi, înotul lărgeşte umerii, la fetiţe favorizează formarea unui bust frumos şi îngustează şoldurile. Printre părinţi există o teamă de microbii din apa piscinelor. Sunt puţine riscuri, deoarece apa este supravegheată şi verificată. Singura primejdie este din partea dezinfectantelor la copiii cu ochii sensibili: la aceştia se recomandă să poarte ochelari etanşi speciali.

Patinajul şi schiul sunt sporturi de iarnă care se practică chiar de la 3 – 4 ani. Din păcate schiul se practică numai la munte necesitând deplasare şi cheltuieli împovărătoare.

Bicicleta. Până la 8 ani exerciţiile cicliste trebuie să se mărginească la ocoluri în grădini, parcuri sau pe trotuarele străzilor din jurul casei. De la 8 la 9 ani copilul poate fi lăsat să facă plimbări mai lungi. De abia spre 12 ani sunt permise circuite mai lungi (peste 10 km). Bicicleta este un spori cu două tăişuri. Practicat ca joc este perfect. Ciclismul dă rezistenţă şi constituie o gimnastică ideală pentru gambe şi coapse (inclusiv articulaţiile de la şolduri, genunchi şi glezne). Dar practicat ca sport de performanţă are şi inconveniente: dezvoltă excesiv gambele în detrimentul restului corpului, ajungând până la frânarea creşterii. Muşchii abdomenului nu lucrează deloc, toracele nu se dezvoltă, iar capacitatea respiratorie nu se măreşte. Nu se recomandă la copiii cu unele devieri ale coloanei vertebrale.

Fotbalul se recomandă de la 12 ani la băieţi. Toţi băieţii de 6 – 7 ani se amuză bătând cu

piciorul într-o minge, ei numesc asta „fotbal”. Acest gen de jocuri care-i fac să alerge, să respire şi să cheltuiască energie este excelent pentru copii şi nu trebuie să fie interzis.

În ceea ce priveşte veritabilul antrenament la fotbal, se cere prudenţă. Acest sport dezvoltă mai mult partea de jos a corpului pe seama părţii superioare. În jocul de fotbal se aleargă, dar sprinturile cu opriri bruşte, în opoziţie cu cursa atletică, dezvoltă muşchii mai mult în forţă decât în elongaţie. Un copil care joacă prea mult fotbal va avea coapse peste măsură de muşchiuloase, ceea ce nu este favorabil alungirii membrelor inferioare (ca şi la ciclism).

Jocurile cu balonul (volei, handbal, baschet). La ambele sexe, voleiul se începe relativ devreme: pentru baschet vârsta minimă este de 9 ani. Ultimul trebuie practicat cu moderaţie, deoarece solicită mult funcţiile cardiovasculare. Aceste sporturi sunt deosebit de utile pentru băieţi şi fete între 12 şi 16 ani. Sunt sporturi de elongaţie, făcând să lucreze toţi muşchii corpului pe care îi dezvoltă în lungime. Sunt exerciţii excelente pentru muşchii spatelui şi dau o bună susţinere a coloanei vertebrale. Favorizează o siluetă zveltă şi elegantă. Cultivă îndemânarea şi rapiditatea reflexelor. Dezvoltă spiritul de echipă. Stimulează creşterea. Sunt admirabile pentru fetiţe: le vor forma un bust frumos, umeri armonioşi, coapse subţiri, glezne şi gambe fine.

Canotajul se recomandă la fete şi băieţi, începând de la vârsta de 14 ani. Dacă se foloseşte un scaun pe rotile (schif), canotajul este un sport

complet la care participă toţi muşchii corpului (braţe, abdomen, spate, gambe), ceea ce duce la o dezvoltare armonioasă. Canotajul fortifică musculatura membrelor, măreşte elasticitatea articulaţiilor şi este, mai ales, un exerciţiu foarte bun de disciplină respiratorie.

Judo. Se recomandă începând de la 7 ani. În ultimul timp a devenit un sport la modă. Este practicat mai ales de către băieţi, dar nu prezintă nicio contraindicase pentru fete. Contribuie la echilibrarea fizică şi nervoasă. Dezvoltă uşurinţa şi siguranţa în gesturi. Constituie o şcoală excelentă de disciplină şi de stăpânire de sine. Poate da încredere timizilor şi calmează pe bătăuşi. Este interzis în caz de boli sau slăbiciune a coloanei vertebrale. Are inconvenientul că la copiii cu piele sensibilă sau cu vase mai friabile produce vânătăi din cauza căderilor ce survin în timpul jocului.

Tenisul are inconvenientul de a fi unilateral. Ameliorează detenta, mlădiază articulaţiile. Dezvoltă o jumătate din corp mai mult decât pe cealaltă. Trebuie practicate concomitent şi exerciţii compensatoare care fac să lucreze braţul stâng (pentru un jucător care lucrează cu dreapta), deoarece implică riscul de a se dezvolta o scolioză dorsală dreaptă. În caz că se începe mai devreme se va face cu prudenţă, cu control medical susţinut.

Gimnastica se recomandă la fete şi băieţi de 6 – 8 ani. Nu trebuie confundată cu simpla cultură fizică. Este un sport complet care duce la o stăpânire a corpului aproape perfectă. Dezvoltă la

maximum supleţea şi agilitatea.

Pentru fete este deosebit de recomandat: este unul din sporturile care creează cele mai frumoase tipuri de sportive. Această disciplină sportivă dă graţie, eleganţă, siguranţa gesturilor. De la jocurile olimpice, în general, şi după succesele gimnastelor noastre, este o tentaţie mare pentru unii părinţi de a încerca să facă din fetele lor gimnaste de performanţă. Ca pentru orice sport, în general, şi pentru gimnastică în special, alegerea se va face de către specialişti, cu discernământ, pe baza unei selecţionări care să ţină seama de talentele fizico-psihice şi de starea de sănătate a copilului. Trebuie amintit că gimnastica prezintă inconvenientul (singurul de altfel) că se practică în cea mai mare parte în sală, deci fără aerisire suficientă. De aceea trebuie completată cu un sport în aer liber şi cu vacanţe petrecute în climat alpin şi marin.

Dansul. Este un sport care se începe foarte devreme, în jur de 3 ani pentru dansul ritmic şi la 6 – 7 ani pentru dansul clasic. Dansul clasic dă încredere în sine, siguranţă, stăpânire de sine, graţie şi eleganţă. Constituie una din cele mai bune şcoli de răbdare. Dansul clasic învaţă pe copil să-şi cunoască forţa fizică şi duce la o musculatură tip fus. Este deosebit de util pentru fetiţele complexate, nervoase, timide, permiţându-se să evolueze favorabil, să se exteriorizeze şi să dobândească încredere. De asemenea, este bun pentru băieţii şi fetele care se încadrează mai greu într-un grup social şi pentru cei care sunt mai puţin înzestraţi fizic, dându-le supleţe, graţie,

uşurinţă şi un minimum de cochetărie.

Totuşi dansul poate fi vătămător dacă nu este practicat sub îndrumarea unui profesor serios şi competent. Se alege dansul care se potriveşte fiecărui copil. Riscurile antrenate de o rea iniţiere sunt grave: dezvoltarea copilului poate fi perturbată. Devierile gambelor sau ale coloanei vertebrale sunt de temut. Nu se va căuta să se obţină, cu orice preţ şi foarte repede, rezultate spectaculare.

În concluzie, reamintim că înainte de a se practica un sport, indiferent de vârstă, copilul trebuie consultat de un medic care să-şi dea avizul. Vârstele de la care se recomandă un anumit sport sunt numai orientative şi valabile pentru copii obişnuiţi. Pentru sportul de performanţă selecţia este făcută de profesorii de educaţie fizică iar avizul medical îl dau medicii specialişti în medicina sportivă care pe lângă examenul clinic supun copilul unor investigaţii paraclinice cu aparatură specială cu care depistează orice anomalie precum şi capacitatea de efort a copiilor talentaţi, selecţionaţi de antrenori.

În general, medicii sunt reţinuţi în deciziile pe care le dau în ceea ce priveşte vârsta şi probele la care poate fi supus un copil înainte de 10 – 12 ani.

6.6. Sexualitatea la copil

Una din trăsăturile de bază ale omului (ca şi la toate animalele bisexuate) este atracţia şi unirea celor două sexe, care se manifestă printr-un comportament cu o gamă întreagă de pregătiri

afective, lingvistice şi sociale. Alteori se ajunge la actul sexual în mod brutal şi instinctiv, fără reflecţii. Indiferent de modalitate, rezultatul se concretizează cu zămislirea unei noi fiinţe umane, şi dacă nu intervin boli sau măsuri anticoncepţionale, în venirea pe lume a unui nou individ.

Comportamentul sexual al copilului. Alfred Kinsey (1894 – 1956) biolog şi statistician american a demonstrat1 că se pot introduce metode ştiinţifice în probleme care par rezervate moraliştilor. Încă din prima copilărie (O + 3 ani) se constată erecţii la atingerea organelor sexuale, mai uşor de reperat la sexul masculin. După statistica lui Kinsey 31% din indivizi au prezentat orgasme înainte de vârsta de 12 luni 50% înainte de 7 ani. Aşadar părinţii care constată la copiii lor erecţii (rare sau frecvente) trebuie să fie convinşi că acestea constituie un fenomen normal.

a) *Masturbaţia infantilă*. Cuvântul masturbaţie2 provine de la manu şi de la stapro (a deflora cu mâna); sau de la manu şi turbare (a tulbura cu mâna); sau prin rădăcini greceşti, de la mazdo (membru viril) şi turba (tulbure). Masturbarea (oricare ar fi etimologia) poate fi definită ca o autostimulare voluntară manuală care produce o excitaţie erotică. Orgasmul3 produs printr-o autoexcitaţie ocazională nu intră, în sensul precis al cuvântului, în cadrul masturbaţiei. Esenţial este autostimularea voluntară a organelor sexuale: cu mâna sau câteodată, la fetiţe, prin contracţii musculare, prin strângerea şi frecarea coapselor. Masturbarea la

copil era apreciată până de curând ca semn de debilitate mintală sau de boli mintale severe. Chiar unii medici speriau familiile că un copil care se masturbează este ori anormal, ori va „înnebuni”. Adevărul este că în toate grupele etnice umane, masturbarea ocazională, rară, apare ca naturală, fiziologică şi poate fi acceptată ca atare. Voluntară şi deliberată, ajungând adesea la orgasm, masturbarea este frecventă.

După unii autori cea mai mare majoritate a indivizilor umani (9 masculi din 10,8 femele din 10) au practicat cel puţin o dată masturbaţia; o activitate aşa de răspândită şi generalizată nu poate fi atribuită unor factori anormali. Practicarea ocazională, pe timp scurt, fără alte tulburări, nu trebuie culpabilizată. Atitudinile nepotrivite (învinovăţire, ameninţări, umiliri) pot duce la însingurarea copilului şi respingerea sexului opus (complexe de inferioritate). Pe de altă parte, practicarea repetată de nenumărate ori, reflectă fie un substrat psihopatie, fie unul nevrotic. Mediul

1 „Comportamentul sexual al bărbatului” (1948) şi „Comportamentul sexual al femeii" (1953).

2 Mai este numită şi onanie (după Onan, personaj biblic).

3 Cel mai înalt punct al excitaţiei sexuale.

familial şi concepţiile retrograde de educaţie şi consultarea unor materiale pseudoştiinţifice sunt la originea practicării sistematice a masturbaţiei.

Am dat o extindere mai mare acestei

probleme delicate pentru că am fost confruntaţi adesea cu astfel de consultaţii, iar părerile şi sfaturile noastre deşi primite cu jenă şi scepticism, sau dovedit eficiente.

b) *Curiozitate sexuală şi pudoare*. Chiar de la trei sau cinci ani, copilul este capabil să manifeste o mare curiozitate sexuală, de a arunca o privire lacomă pe nuditatea corpurilor. Aceste atitudini şi impulsuri care încalcă „bunele maniere" sunt naturale, chiar faţă de fiinţele cele mai apropiate. Dorinţa geloasă de a merge în patul părinţilor, tandreţea câteodată excesivă şi aproape carnală de care dau dovadă unii copii pot fi numite sentimente oedipiene[18]. De fapt ei exteriorizează un libido[19] pentru un corp: mama este pentru băiat prima femeie (poate fi perfect înlocuită cu o mătuşă, o soră mai mare etc.). Comportamentul copilului faţă de carnaţia altora (şi a sa) este departe de a fi univocă. În unele reviste şi magazine de vacanţă (imitând moda din unele ţări occidentale), precum şi în unele filme se arată familii sumar îmbrăcate luând masa într-un cadru pitoresc. La mare, pe plajele de nudişti se văd unele mame care-şi arată sânii, copiii mari sunt goi şi tatăl îşi arată o parte din părţile sale intime. Cine ajunge la astfel de exhibiţii, la acest naturism insistent, inspirat din unele avangardisme „liberale" ale mass-media ar trebui să se întrebe ce „gândesc" copiii. Este greu de răspuns la

---

18 Ataşament erotic al copilului faţă de părintele de sex opus.

19 Dorinţa de satisfacere a instinctului sexual.

această chestiune fără a invoca un concept care ar putea părea demodat: pudoarea[20]. La acelaşi individ, pudoarea poate să dispară sau, din contră, să apară.

Când sunt mici, copiii preferă să stea goi, fără să se jeneze de adulţi, cer să facă baie în prezenţa şi cu ajutorul mamei, pentru ca în preajma pubertăţii să interzică acestora să mai intre în baie. Este un comportament care se încadrează în concepţia tradiţională după care „regulile decenţei sunt luate nu numai din preceptele morale, ci sunt legate şi de vârstă, condiţii de mediu, caracter, locul unde se găseşte, persoane cu care trăieşte" (Littré). S-ar putea spune că erau alte timpuri şi alte obiceiuri. În ceea ce ne priveşte, din observaţiile noastre, socotim că mama şi întreaga familie să nu cultive la copil un simţ al pudorii precoce şi exagerat. În primii 6 – 7 ani, este bine ca un copil să stea cât mai sumar îmbrăcat sau gol în zilele însorite sau calde, să facă baie şi să stea pe plajă dezbrăcat, pentru a beneficia din plin de acţiunea factorilor naturali. Cu timpul, indiferent de concepţia familiei, copilul aderă sau devine opozant la un anumit comportament în funcţie de temperamentul său: flegmatic sau emotiv, uşuratic sau grav, influenţabil sau hotărât, conformist sau independent, sociabil sau izolat, cu plăcere precoce pentru „jocurile dragostei" sau indiferent

---

20 Bună-cuviinţă, atitudine decentă care trebuie păstrată în acţiuni, îmbrăcăminte, înfăţişare, vorbire.

faţă de acestea.

c) *Iubirile copilăreşti*. La rangul de sentimente, copiii de şcoală pot să dezvăluie ceea ce se cred (sau se numesc) iubiri („amoruri”) copilăreşti. Această formă foarte elaborată a sexualităţii rămâne adesea discretă, chiar secretă. Nostalgia, insomnia, lipsa de poftă de mâncare, laconismul, neatenţia la şcoală pot fi consecinţele nebănuite ale unor „doruri ale inimii”. Este vorba mai mult de „trăire” decât de comportament; aceste prime manifestări de iubire umană au un loc şi un farmec deosebit Părinţii au datoria de a fi discreţi şi înţelegători cu aceste trăiri, adesea trecătoare.

d) *Sexualitatea*. Normal în perioada pubertară trebuie să se ajungă la o maturitate sexuală. La început, atât fetele cât şi băieţii sunt jenaţi şi ruşinaţi de semnele sexualităţii.

Dezvoltarea psihosexuală. La fete şi mai ales la băieţi apar nevoi sexuale imperioase, adesea se tem că-şi vor pierde controlul. De aceea trebuie să şi le satisfacă prin modalităţi sociale acceptabile. Mulţi sunt activi sexual la 17 ani, dar nu acceptă utilizarea regulată a anticoncepţionalelor (prezervativul de către băieţi, pilula de către fete). Unii îşi uşurează tensiunea sexuală prin masturbare.

După Feinstein, adolescenţii trec, sexual, prin patru stadii de dezvoltare:

1. *Deşteptarea sexuală* (între 13 şi 15 ani). Îşi confruntă imaginea corporală cu a prietenilor (sâni, dimensiunile penisului, înălţime, greutate, păr pubian). Comparaţia poate fi devastatoare

dacă nu este la fel cu cei de aceeaşi vârstă. Uneori sunt preocupaţi şi părinţii de normalitatea sexuală, mai ales la băieţi; destul de des părinţii consultă pe medic pentru a şti dacă totul este „normal”: testicule, dimensiunile penisului la băieţi; sâni, apariţia ciclului menstrual la fete.

2. *Stadiul de practicare* (14 – 17 ani) priveşte modul de formare a inserţiei sociale care conduce spre formarea unor legături intime. Foarte des concepţiile şi valorile generaţiilor anterioare (bunici, părinţi şi chiar cadre didactice) nu mai sunt identice cu cele promovate de colegii de generaţie, fapt care duce la „conflicte de generaţie”.

3. *Acceptarea rolului social* (16 – 19 ani). Adolescentul are o senzaţie de confort în legătură cu rolul său sexual. Relaţiile de cuplu înlocuiesc unele activităţi, care anterior interesau grupuri mai largi.

4. *Alegerea unei relaţii permanente*. Poate avea loc între 18 şi 25 de ani şi se prelungeşte prin studiile universitare. Mulţi îşi aleg un partener de viaţă, fie temporar (ca „prieteni” ce trăiesc împreună) fie ca parteneri de viaţă, ca soţ şi soţie. În ambele situaţii relaţiile sunt egalizate în ce priveşte probleme casnice cât şi cele profesionale.

e) *Diversitatea comportamentelor*. Trebuie subliniate două noţiuni importante: a) Există o diferenţă netă între comportamentul sexual al celor două sexe. Erotizarea este mai întârziată la fete. Aşa se explică frecvenţa şi precocitatea masturbării la băieţi, b) Oricare ar fi sectoarele de

comportament sexual (masturbare, atracţie pentru nuditatea corpurilor, tendinţa exhibiţionistă[21], pudoare, jocuri sexuale, sentimente amoroase) acestea sunt curente, foarte diferite de la un individ la altul. Faţă de trezirea „simţurilor" sexuale ale copiilor, este necesară din partea adulţilor o atitudine nuanţată, adaptată fiecărui copil şi făcând apel la o informaţie sexuală ştiinţifică.

Maturaţia sexuală.

a) *începuturile pubertare*. Pubertatea se instalează treptat, continuu, cu manifestări ce se asociază cu creşterea staturală şi ponderală, în funcţie de natura gonadei (masculină sau feminină) care are un rol preponderent în dinamismul evolutiv al copilului. Semnul distinctiv sexual este imprimat chiar în etimologia cuvântului pubertate (de la *puber* = păr) (vezi tabelul 6.6). Semnele fiziologice caracteristice ale instalării pubertare sunt: apariţia primelor menstruaţii la fată; prima ejaculare spontană la băiat sub forma unei poluţii nocturne (fenomen mai discret). Aceste manifestări nu implică maturitatea sexuală definitivă. Aptitudinea pentru procreare încă nu este conferită: primele menstruaţii sunt fără ovule, iar spermatozoizii sunt absenţi în primele ejaculări. Vârsta nubilităţii (starea celui sau celei ce este la vârsta de a se căsători) este legalizată la 16 ani la fete şi 18 ani la băieţi. Debuturile pubertare sunt foarte variate.

---

21 Obsesie bolnăvicioasă care face pe unele persoane saşi expună organele genitale.

Prezenţa semnelor pubertare sub vârsta de 8 ani sau lipsa lor peste vârsta de 17 ani obligă părinţii să se adreseze medicului.

b) *Evoluţia sexuală la fete*. Modificările externe sunt: dezvoltarea labiilor mici şi mari, pigmentarea acestora din urmă, creşterea volumului clitorisului, vulva trece de la verticalitate la orizontalitate, apariţia pilozităţii pubiene triunghiulare, dezvoltarea sânilor şi mameloanelor. Creşterea masei musculare este mai puţin importantă la fete decât la băieţi. Mucoasa vaginală îşi schimbă aspectul, uterul se măreşte şi se înclină înainte, ovarele cresc în volum, începe maturaţia foliculilor ovarieni, care mai târziu vor elibera ovule, dând ciclului menstrual întreaga sa semnificaţie.

TABELUL 6.6

INSTALAREA ÎN TIMP A PRINCIPALELOR SEMNE DE PUBERTATE

Vârsta în ani	Fete	Băieţi
10 – 11	— apar mugurii mamari (telarha) şi „puful” pubian — lăţirea bazinului	— Începe creşterea testiculelor
11 – 12	— Începe creşterea în înălţime — apare	— mărirea tranzitorie a glandei mamare, adesea

	pilozitatea pubiană (pubarha)	unilateral, uneori dureroasă
1 2 – 13	— rotunjirea sânilor — pigmentarea mameloanelor — apare pilozitatea axilară	— Începe creşterea în înălţime — apare pilozitatea pubiană
1 3 – 14	— prima menstruaţie (menarha); la început ciclu neregulat, fără ovulaţie	— creşterea accentuată a testiculelor şi penisului
1 4 – 16	— menstruaţii regulate, cu ovulaţie	— schimbarea vocii — pilozitate axilară — spermatozoizi maturi

Închiderea (osificarea) zonelor de creştere epifizare şi încetarea creşterii:

– Ia fete 16 – 17 ani

– la băieţi 17 – 19 ani

TABELUL 6.7

STADIILE DE DEZVOLTARE A CARACTERELOR SEXUALE SECUNDARE (DUPĂ TANNER)

Stadiul	Fete Sâni şi organe	Băieţi Testiculele şi

	I	genitale infantile	penisul de aspect infantil
	n	Începe dezvoltarea sânilor prin lărgirea mamelonului şi areolei, apare pilozitatea pubiană şi axilară	Începe creşterea testiculelor şi apare pilozitatea la baza penisului
	m	Continuă dezvoltarea sânilor şi labiilor	Continuă dezvoltarea testiculelor şi scrotului, începe creşterea penisului, pilozitatea pubiană este abundentă
V	I	Sânii şi organele genitale externe au atins dezvoltarea de la femeia adultă	Penisul creşte în lungime şi lăţime, se dezvoltă pilozitatea axilară şi facială
	V	Apare ciclul menstrual	Organele genitale maturate, pilozitatea pubiană este de tip masculin, se dezvoltă barba şi mustăţile

c) *Evoluţia sexuală la băieţi*. Din al II-lea an de viaţă (în medie), la băieţi primul semn pubertar este mărirea testiculelor datorită lărgirii tubilor seminiferi. În acelaşi timp se dezvoltă celulele Leydig (glanda endocrină testiculară) ce secretă hormoni androgeni (testosteron etc.), care vor

contribui la stabilirea caracterelor sexuale secundare. Paralel penisul se alungeşte şi se îngroaşă; pielea scrotului se îngroaşă şi se pigmentează; prostata şi veziculele seminale se măresc. Spre 14 ani (în medie), părul pubian apare la rădăcina penisului pentru a urca progresiv în romb spre ombilic pe care-l va atinge după vârsta de 15 – 16 ani. Pe lângă pilozitatea axilară (care există la cele două sexe) la băiat apar fire de păr pe tot corpul (mai ales pe piept şi pe feţele de extensie ale membrelor) şi sub formă de barbă la faţă. Spre 14 – 15 ani, laringele se modifică la băieţi: mărul lui Adam iese în relief, corzile vocale se alungesc şi vocea coboară în ton (schimbarea vocii). Apariţia spermatogenezei semnează maturaţia sexuală.

d) *Mecanismele fiziologice*. „Evoluţia pubertară începe, se dezvoltă şi se termină datorită unui joc complex de influenţe stârnite şi manifestate la diferite nivele, într-o succesiune şi o integrare bine ierarhizată. Aceste reacţii în lanţ duc la metamorfozarea ţesuturilor şi organelor; cele mai vizibile transformări afectează aparatul genital, scheletul şi muşchii, pielea şi părul, dar se înţelege de la sine că organismul este interesat în mod global” (Robert Laplane şi colab.). Această „maşinărie” – delicată dar de cele mai multe ori foarte bine reglată – poate da loc câteodată la unele dezechilibre care determină nelinişte şi indispoziţie la copil; sunt necesare explicaţii şi sfaturi liniştitoare din partea părinţilor şi uneori din partea unui medic priceput.

e) *Aspecte psihologice*. Odată cu

diferenţierea bruscă şi evidentă a sexului, erupţia sexualităţii, erotizarea, manifestarea sau, de cele mai multe ori refularea trăirilor aduse de maturaţia sexuală, adolescentul capătă un nou rol uman, mai departe de familie şi într-o societate nouă. Pe lângă avalanşa informaţională adusă de mass media, adolescentul este supus unei concurenţe mari impusă de şcolarizare, formarea într-o meserie, ocuparea unui loc corespunzător în grupul de care aparţine, ceea ce îl face nu numai să depună din ce în ce mai multe eforturi, dar şi să reflecteze asupra propriului său destin. Pe deasupra, pubertatea este vârsta când fiinţa umană se preocupă cel mai mult de frumuseţea corpului: a crescut prea mult sau dimpotrivă prea puţin? ce face când apar şi supărări cu bubuliţele care urâţesc faţa (acneea juvenilă)? este frumos (a) sau aşa cum spun ei în jargon – „nasol”? sânii sunt prea mari (mici)? De aici mai ales la fete, popasuri lungi în faţa oglinzii, folosirea cosmeticelor, îmbrăcăminte mai mult sau mai puţin inspirată, accese de cochetărie sau din contră, de renunţări, câteodată teme obsesionale. În plus, există conştientizarea organelor sexuale în plină dezvoltare şi a zonelor erogene corespunzătoare. Menstruaţia – chiar anunţată – nu este totdeauna acceptată de unele fete (ca şi feminitatea). Sosirea naturală a acestor metamorfoze este admisă treptat. Pe lângă propriul corp, adolescentul observă că şi corpul celuilalt sex s-a schimbat. Fetiţa şi băieţelul care nu erau decât camarazi, nu mai împărtăşesc aceleaşi jocuri, au devenit diferiţi, poate chiar

tulburători. Se nasc emoţii, chiar spaime. Totuşi va trebui, în funcţie de această trezire a simţurilor care invadează pe fiecare, să se adapteze acestui tovarăş… şi, poate, într-o zi, partener. Nu este totdeauna uşor. Băieţii sunt mai schimbători printr-un instinct mai intens şi mai impulsiv; fetele – cu o luciditate mai mare şi cu o erotizare mai mică îi antrenează spre căutări sentimentale exaltate, mai mult prin cuvinte decât prin gesturi. Trebuie subliniat că la băieţi pubertatea are o intensitate mult mai mare. În această dezlănţuire a simţurilor, unii apelează la masturbare, aşa cum am mai afirmat. Din punct de vedere fiziologic această practică nu are inconveniente dacă este trecătoare. La cei mai mulţi survin ejaculări, „poluţii”, spontane (în medie 2 – 14 pe săptămână) mai ales în cursul nopţii, cu sau fără vise, care sunt reglatoare excelente cu atenuarea altor reacţii erotice.

Tradiţionalul flirt poate da naştere la legături de stabilitate sentimentală, chiar de destin. Comportamentul şi psihologia adolescentului sunt influenţate mult de modificările pubertare, dar este o greşeală în a explica prin acestea toate dezordinile mintale (isteria, fobiile, psihozele, diferite dereglări cerebrale), toate insuccesele şcolare, tulburările de inserţie socială etc.

Mediul social şi familial. Nu trebuie atribuit sexualităţii pubertare ceea ce ţine de fapt de dezvoltarea generală a adolescentului, de îmbolnăviri sau de mediul social şi familial. Respectul datorat părinţilor, armonia familială, încadrarea în grupul social (clasă, asociaţii,

cluburi, echipe etc.), tradiţia familiei în materie de viaţă conjugală, vor fi zidurile care vor stăvili impetuozitatea juvenilă necontrolată. Faţă de această vârstă „ingrată” părinţii au o sarcină dificilă. Ei oscilează între două afirmaţii contradictorii şi totdeauna vehemente: „Tii eşti încă un copil”, care pune problema supunerii şi „Tu nu mai eşti un copil”, care pune problema responsabilităţii. Supunerea şi responsabilitatea sunt polii în jurul cărora se orientează raporturile părinţi – copii. Din păcate, familia nu mai este pentru unii adolescenţi o referinţă robustă. În aceste decenii de revoluţie politică şi economică, au apărut la noile generaţii alte concepte intelectuale, sociale, morale, ştiinţifice şi artistice. Unii adulţi prin locul de naştere, meseria şi educaţia primită nu înţeleg noul mod de gândire şi de trăire al urmaşilor, în faţa rigidităţii părinţilor, a neadaptării lor, copiii au şi ei reacţii tot atât de puţin constructive, fie de închistare, fie de expansiune debordantă sau chiar de evadare. Adolescentul, pornit prin şcoli de tot felul, în alte localităţi, dezlipit de familie trebuie preluat de şcoală, de comunităţile în care-şi duce viaţa. Toţi cei care cunosc pe copiii şi pe adolescenţii de la noi ştiu că marea lor majoritate ştiu ce este disciplina, autocontrolul şi controlul; sunt dornici să cunoască, să înveţe să muncească. Pe scurt se străduiesc să devină adulţi, să fie cât mai competitivi (pentru ei personal şi pentru instituţia unde lucrează), să trăiască civilizat, raţional, deasupra instinctelor primare şi a viciilor de tot felul.

Educaţia sexuală (informaţia sexuală). În locul termenului de „educaţie sexuală”, P. Debray-Ritzen socoteşte că termenul de „informaţie” ar fi mai adaptat realităţilor. După el „neinformatul”, rezervatul, „refulatul”, „feciorul întârziat” sunt candidaţi la tulburări care merg până la perversităţi sexuale. De aceea este necesar ca părinţii şi copiii să fie informaţi asupra acestui subiect socotit „tabu” după unele concepţii înapoiate. Pe de altă parte nu trebuie să se ajungă la exhibiţionism, necuviinţă organizată sau la mobilizare sexuală.

Spre 2 ½ ani – 3 ani, copilul îşi dă seama de diferenţele sexuale dintre băiat şi fată. „De ce băieţii nu sunt făcuţi ca fetele”? apoi spre 3 sau 4 ani, copilul începe să pună primele întrebări asupra originii vieţii care pot fi directe („de unde vin copiii?”) sau indirecte, întrebarea nu este formulată dar copilul face aluzii în faţa unei femei însărcinate sau tentative stranii care încearcă să facă pipi în picioare ca băieţii etc.). Câteodată se observă o gelozie pentru camera conjugală unde se închid părinţii şi/sau patul conjugal unde domneşte o relativă nuditate. Copilul simte că sexualitatea constituie un subiect aparte. Părinţii trebuie să se pregătească să răspundă, fără să încerce însă să provoace întrebări. Nu este încă timpul să se treacă la explicaţii lungi nesolicitate. La unii copii, astfel de explicaţii nu sunt cerute decât la intervale de luni sau chiar de ani de zile.

La început, sarcina de a iniţia sexual pe copil, revine mamei. Apoi, când copilul se măreşte este de datoria tatălui de a sta de vorbă cu fiul şi a

mamei cu fiica. În gospodăriile cu animale, la grădiniţă şi la şcoala elementară sunt animale (câini, pisici, iepuri de casă etc.) care sunt pentru copil un excelent mijloc de observaţie în ce priveşte reproducerea, sarcina, naşterea, alăptarea etc.

Cea mai bună soluţie este de a spune adevărul. Poveştile cu „varza”, cu „trandafirii” sau cu „berzele” nu mai sunt pentru vremurile noastre. Copiii dispun de informaţii paralele (vorbesc între ei, au acces la cărţi, la reviste, la afişe de cinema, la imagini de televiziune etc.). Răspunsurile improvizate, fanteziste, ipocrite, „ca pe vremea bunicilor” fac pe copil să creadă că părinţii lui au încă multe de învăţat. Informaţiile sexuale se vor da în funcţie de temperamentul, de curiozitatea, de întrebările, pudoarea şi puterea de înţelegere a fiecărui copil. Abordarea problemelor se va face cu tact şi precizie şi dacă s-ar putea cu un pic de poezie. Părinţii nu trebuie să se ferească să răspundă la întrebările puse în mod deschis, folosind un limbaj simplu. Copilul de 5 – 6 ani, care, auzind vreo trivialitate relativ la organele genitale, pune întrebări din teribilism verbal nu va fi culpabilizat, ci se va proceda cu tact, fără brutalizare.

Atunci când un copil de grădiniţă, în faţa mamei gravide întreabă: „cum intră copilul în burta mamei?”, nu este absolut necesar un răspuns fiziologic exact. Este de ajuns să i se răspundă că „bebe” se dezvoltă în burta mamei pornind de la o sămânţă (un grăunte) care se găseşte acolo. „Pe unde iese?”. Printr-o

deschizătură specială care nu este nici anusul şi nici orificiul uretral. La această vârstă de mulţumeşte cu răspunsuri foarte simple pe care de altfel le uită foarte repede iar imaginarul îşi reia locul până la întrebările viitoare.

Şi tata ce face în această poveste? Tata depune o sămânţă în burta mamei pentru că se iubesc mult şi doresc să aibă împreună un bebe. Cele două seminţe fac ca bebe să crească. Întrebarea de a şti „cum depune sămânţa" nu interesează pe copilul până la 7 – 8 ani. Numai spre 9 sau 10 ani copilul vrea să aibă explicaţii mai amănunţite. De altfel, dacă copilul mai mic cere, este suficient să i se spună că prin intermediul penisului tatăl duce sămânţa în burta mamei.

Alături de educaţia care priveşte viaţa fizică şi biologia reproducerii, se vor învăţa valorile morale ale dragostei şi dorinţa de a naşte.

Informarea copilului se va face treptat cu completări la orice întrebare nouă. Există copiii care practic nu întreabă niciodată. Nu este nevoie de a le lua înainte. De multe ori se instalează un fel de acord tăcut cu copilul; totul se rezumă la a aborda în treacăt subiectele presupuse cunoscute de ambele părţi. Se vorbeşte însă liber. Astfel, se va discuta despre o femeie cunoscută (rudă etc.) că este însărcinată, că naşterea a decurs normal, că are un bebeluş sănătos. Când copilul întreabă „ce este o naştere" i se va răspunde „este momentul când copilul iese din burta mamei". Dacă pentru copil aceasta constituie o revelaţie care aduce şi alte întrebări i se va răspunde cu „A,

da!…” punându-l la curent cu fenomene reale fiziologice, care să corespundă vârstei şi înţelegerii lui. Pe măsură ce copilul se măreşte, ca din întâmplare, i se vor pune la dispoziţie pentru citit lucrări de iniţiere şi se va ajunge la un schimb de păreri, care vor păstra dialogul părinte-copil într-o pudoare reciprocă, pe care adesea, copilul este primul care o instaurează.

Este evident că pentru a trata problema educaţiei sexuale este necesar de a ne plasa în perspectiva morală a societăţilor civilizate, care n-au admis niciodată să se presupună că în cel mai îndepărtat trecut uman, să fi existat o libertate absolută a raporturilor sexuale.

Educaţia sentimentală. După „informaţia” sexuală, drumul cel mai anevoios de străbătut rămâne ceea ce este legat de sufletul omului: „amorurile” copilului, cuceririle, renunţările şi „darurile” în căutarea iubirii altuia şi cu respectul propriei fiinţe. Informaţia sexuală uşurează această continuare. Cu toate acestea, sunt temeri că în şcolile în care să instituit o metodologie de educaţie sexuală cu prezentări brute, prefabricate, publice, cu planşe în culori, care prezintă toate viscerele, indispune şi descumpăneşte pe mulţi adolescenţi.

Debray-Ritzen spune că iubirea este vecină cu arta. Contrar unei îndelungate tradiţii estetice, arta nu se defineşte prin ea însăşi, ci prin efectele sale, prin emoţie. Ca şi în artă, iubirea nu se face prin dispoziţii, ci în funcţie de gustul şi tendinţele fiecăruia; nimic nu este condiţionat ca actul sexual. Cu el, obişnuinţele se leagă într-un

comportament propriu şi adesea pentru o viaţă întreagă, în funcţie de natura fiecăruia dintre noi. De aceea, instituirea căsătoriei este un ideal dificil. În funcţie de temperament, de educaţia generală a fiecăruia, de împrejurări, de starea de sănătate, de starea economică, de mediul social, de meserie şi discernământul celor doi parteneri, se ajunge la derută sau dimpotrivă la armonie (sentimentală, sexuală şi socială).

7

COPILUL BOLNAV

7.1. Îngrijirea copilului bolnav în familie

Dacă familia oferă condiţii favorabile în ceea ce priveşte starea materială şi nivelul de instruire generală a părinţilor, pot fi tratate la domiciliu afecţiuni uşoare, unele boli infecto-contagioase – forme necomplicate – afecţiuni cronice şi, în general, orice îmbolnăvire care nu pune în pericol imediat viaţa copilului.

Premisa pentru o bună colaborare între cadrele medico-sanitare şi părinţi este relaţia de încredere reciprocă. Medicul de familie instruieşte în amănunt pe mamă asupra modului de îngrijire, de administrare a medicamentelor şi face educaţia sanitară a familiei.

Mama trebuie iniţiată în ceea ce priveşte înfăşatul, tratamentul eritemului fesier, alimentarea copilului bolnav, prepararea unor

alimente dietetice, aplicarea de învelişuri hidroterapice sau pansamente, tehnica de administrare a unor medicamente, măsurarea temperaturii corporale etc.

Părinţii vor respecta cu conştiinciozitate absolută recomandările şi prescripţiile medicului. Când nu se poate baza pe colaborarea părinţilor, medicul va recomanda internarea în spital, chiar pentru afecţiuni care ar putea fi tratate în familie sau ambulator.

7.2. Rolul părinţilor ca ajutoare ale medicului

Mamele care au crescut mai mulţi copii ştiu să deosebească situaţiile care necesită o vizită imediată a medicului de cele care pot fi amânate o zi sau până la următoarea consultaţie programată. Părinţii mai tineri solicită adesea o listă a simptomelor care necesită un consult medical. Ori, patologia medicală este atât de bogată şi complexă, încât nu poate fi redusă la o listă (oricât de completă, ar însemna o simplificare artificială a realităţii).

Observaţia atentă a mamei care-şi supraveghează conştiincios copilul. Înarmată eu 1 – 2 cărţi de iniţiere medicală, constituie un bun ghid pentru orice părinte, înarmaţi cu un bagaj de cunoştinţe despre bolile copiilor, nu vor greşi prin neglijarea unor manifestări de boală serioasă şi nici nu vor apela în mod abuziv la prezenţa medicului sau la serviciile de salvare. În cazul îmbolnăvirii copilului, mama trebuie să ştie să se descurce singură până la venirea medicului sau

până la transportul copilului la spital.

Este important ca în astfel de împrejurări mama să acţioneze raţional şi să nu-şi piardă calmul. Ea îşi cunoaşte bine copilul, sesizează imediat dacă ceva nu este în ordine şi îl va supraveghea mai atent. Dacă îmbolnăvirea acută se însoţeşte de febră mare, îi va măsura temperatura şi va lua măsuri pentru scăderea acesteia. În caz de febră foarte mare (39,5 – 40°C – hipertermie) se va administra un medicament (Paracetamol supozitor, Algocalmin supozitor pentru copii) şi se vor da copilului să bea lichide (dacă primeşte). Dacă febra nu scade, un mijloc eficient de scădere a temperaturii constă în aplicarea unei „împachetări hipotermizante”. În cazul în care sugarul prezintă o tulburare digestivă certă (scaune diareice, vărsături, refuzul mâncării) se va suprima alimentaţia şi se va oferi copilului ceai îndulcit (sau nu) cu 5% zahăr (ceai de muşeţel, chimen, anason) în cantităţi mici şi repetate, până când vine medicul. Se poate oferi copilului şi apă de orez (vezi reţeta la capitolul 5).

Când familia apelează la medic, pentru o vizită la domiciliu, este bine să se facă unele precizări privitoare la semnele bolii copilului. Aceasta îl ajută să-şi programeze vizitele zilnice în ordinea gravităţii cazurilor anunţate.

Mama va observa şi va nota cu grijă toate manifestările şi evoluţia bolii pentru a le putea relata medicului. De asemenea, îşi va nota toate întrebările pe care şi le pune privitor la continuarea îngrijirii copilului.

7.3. Elemente de apreciere a stării de

boală

În cele ce urmează se vor expune un număr de manifestări patologice care vor ajuta părinţii să sesizeze localizarea principală a bolii, precum şi răsunetul ei asupra întregului organism.

Starea generală şi comportamentul bolnavului, faciesul (faţa) şi vorbirea sunt modificate în parte de reacţia bolnavului faţă de boală (atenuare sau exagerare), legată de structura psihică, de temperamentul fiecăruia. Copilul mare şi adolescentul, confruntaţi cu o îmbolnăvire mai severă, îşi vor pune o serie de întrebări cum ar fi: ce boală am? de ce sufăr? care vor fi urmările ei? ce dezavantaje? ce avantaje rezultă din ea? Aceste implicaţii psihosociale nu vor fi neglijate de părinţi şi de medic.

a) *Observarea atentă a faciesului* bolnavului este mai convingătoare, deoarece autocontrolul este mai redus ca la adult. Expresia de durere, teamă, dificultatea în respiraţie, privirea inexpresivă, rătăcită, închiderea în sine, tristeţea se citesc pe faţa copilului. Chiar lipsa de mişcare la un copil altfel vioi, poate uşura calea spre diagnostic.

b) *Vorbirea* este sugestivă prin intensitate (înceată sau tare) şi cursivitate (coerentă); dificultatea mare în respiraţie (dispneea) şi slăbiciunea fizică mare permit doar pronunţarea de fragmente de propoziţie sau cuvinte izolate.

c) *Răguşeala şi tusea*, precum şi existenţa unor zgomote ce însoţesc respiraţia sunt simptome importante ce trebuie înregistrate cu atenţie.

d) *Mişcările* copilului sănătos sunt vioaie, poziţia firească, liberă, frecvent schimbătoare. O poziţie anormală pe care copilul bolnav o schimbă rar, cu dificultate „sare în ochi”. Poate fi cauzată în primul rând de o durere intensă (poziţie antalgică), dar poate fi legată şi de o suferinţă a sistemului nervos.

e) *Mişcările involuntare*, de tipul tresăririi unor grupe musculare izolate, imposibil de stăpânit de către copil, realizează ticurile (de ex, ridicarea repetată a umerilor, clipitul involuntar, unele grimase).

Alteori copilul prezintă un fel de „crize”. În plină activitate faţa devine inexpresivă, absentă, timp de câteva secunde nu reacţionează la niciun stimul, apoi îşi reia firul vorbirii sau acţiunii (la început poate puţin confuz). Numai un observator atent înregistrează aceste manifestări şi realizează că este vorba de *o criză de „absenţă*” (motiv pentru care de multe ori copilul este prezentat tardiv la medic).

f) *Crizele majore de convulsii* (epilepsia) sunt manifestări repetate, în cursul cărora copilul îşi pierde conştienţa, cade la pământ şi prezintă, pe un fond de creştere a tonusului muscular, mişcări dezordonate (convulsii tonico-clonice). Acelaşi tablou poate fi întâlnit în cursul unor infecţii acute ale sistemului nervos central (meningită, encefalită) sau în cadrul unor stări febrile la sugar şi copilul mic (*convulsii febrile*). În asemenea situaţii, părinţii pot observa atent desfăşurarea crizei, pentru a putea informa cât mai fidel medicul.

Culoarea şi consistenţa pielii. La copil pielea normală este roz sau uşor bronzată, uscată şi netedă.

a) *Paloarea* tegumentelor poate fi determinată de anemie, de o tulburare a circulaţiei sângelui, dar uneori ţine de o boală a inimii sau a rinichilor. Sub influenţa frigului, tegumentele au un aspect marmorat (alternanţă de pete albicioase şi violacee).

b) *Culoarea roşie* a întregii suprafeţe corporale se observă în caz de febră sau în stări de emoţie accentuată. Petele roşii survin în cursul bolilor eruptive (rujeolă, rubeolă, scarlatină). Se vor urmări intensitatea, dimensiunea şi forma „petelor" eruptive, dar şi distribuirea (localizarea) lor pe suprafaţa corpului, locul de apariţie şi modul cum se extind, acestea prezentând particularităţi tipice pentru diferitele boli.

c) *Culoarea vineţie* (cianoza) exprimă lipsa de oxigenare a sângelui. Culoarea slab vineţie a buzelor în timpul băii, care apare frecvent la copii cu stare de nutriţie deficitară şi cu piele foarte fină, este doar un semn că le este frig.

Cianoza marcată, însoţită de stare generală modificată şi/sau cu agitaţie şi dificultăţi de respiraţie (dispnee), reprezintă o stare gravă, de pericol vital acut! Există copii cu malformaţii congenitale ale inimii care au o *cianoză permanentă* datorită unor anomalii în distribuirea sângelui. Starea lor generală şi randamentul fizic (rezistenţa la efort) sunt relativ bune, iar persistenţa în timp a cianozei este o dovadă că aceasta nu reprezintă un pericol imediat.

d) *Petele violacee circumscrise* (echimoze, „vânătăi”), de dimensiuni variate (până la câţiva cm), sunt determinate de hemoragii. Acestea pot fi de natură traumatică, dar uneori exprimă o tulburare a coagulabilităţii sângelui (temporară sau de durată) însoţind o serie de boli generale grave. Chiar hemoragiile de dimensiuni minime (ca înţepăturile de purice), apărute în context febril pot fi comunicate de urgenţă medicului pentru a putea fi interpretate prompt.

e) *Hemoragiile* prelungite la nivelul mucoaselor (după traumatisme, extracţii dentare) sau a tegumentelor (prin rănire), precum şi umflarea „văzând cu ochii” a unei articulaţii traumatizate impun asistenţă medicală imediată (posibil hemofilie!).

f) *Coloraţia gălbuie sau galben-portocalie* a tegumentelor (icterul) a fost descrisă la nou-născut. Icterul se întâlneşte şi în cazul unor boli severe (hepatita virală, anemia hemolitică, malformaţii ale căilor biliare etc.), de aceea se va apela la medic. Trebuie menţionat că unii sugari pot prezenta coloraţia gălbuie a pielii în urma unor regimuri prelungite cu supă de morcov (carotinemie); în aceste cazuri sclerele (albul ochilor) nu sunt colorate în galben.

g) *Consistenţa pielii* (turgorul) la copilul sănătos este fermă. Cuta pielii, făcută prin pensare între două degete, dispare imediat.

În caz de deshidratare prin vărsături, diaree şi/sau febră (necompensate prin aport corespunzător de lichide), pliul cutanat este leneş (sau chiar persistent) – se şterge foarte încet.

Copiii au limba uscată, ochii încercănaţi, înfundaţi în orbite.

Acumularea în exces de lichid în ţesuturi (*edemele*) se observă cu precădere la nivelul pleoapelor (dar şi la gambe, la nivelul organelor genitale, regiunea lombo sacrată etc.) şi însoţeşte în special unele boli renale. Medicul va întreba dacă sau constatat modificări ale urinei (cantitate, aspect).

h) *Pielea umedă*, datorită secreţiei crescute de sudoare, se observă la copilul febril. Poate însoţi paloarea în cadrul unei insuficienţe circulatorii acute, precedată de ameţeli şi urmată de cădere, cu pierderea temporară a conştienţei (colaps circulator). La sugar se observă adesea transpiraţii mai abundente pe palme şi tălpi umede, fără vreo semnificaţie patologică.

Modificări ale suprafeţei cutanate. Pe lângă erupţiile descrise mai înainte, mama trebuie să mai cunoască unele tipuri de erupţie pentru a le descrie medicului:

– *mici ridicături* (*noduli*) dure, cu diametrul de 24 mm, pe fond de roşeaţă, pot fi stadiul incipient al unei *eczeme*;

– *vezicule* cu conţinut clar, apoi tulbure-purulent ce se acoperă curând de o crustă, sunt întâlnite în *varicelă*;

– *vezicule mai mari*, cu perete friabil, al căror conţinut se transformă într-o crustă galbenă ca mierea, foarte contagioasă, sunt caracteristice pentru *impetigo* (bube dulci);

– *tumefacţia circumscrisă*, dureroasă şi dură, în vârful căreia apare un punct galben (puroi) este

tipică pentru *abces*;

– *urticaria* este o erupţie în plac arde de 1 – 3 cm, cu marginea roşiatică şi centrul palid, însoţită de mâncărime accentuată (prurit). Apare ca reacţie alergică la unele substanţe vegetale (cu acţiune externă, ca urzicile), la alimente sau în urma înţepăturilor de insecte.

Febra. Se consideră febră o temperatură a corpului (măsurată rectal) care depăşeşte 38°C. Temperatura normală se situează între 36,5°C (dimineaţa) şi 37,2°C (după amiaza). Când temperatura este cuprinsă între 37,6 şi 38°C se consideră *subfebrilitate*. Valorile subfebrilităţii şi febrei sunt de obicei mai ridicate după amiaza şi seara decât dimineaţa. De asemenea, temperatura este mai ridicată la copii după alimentaţie, plâns şi agitaţie.

a) *Măsurarea temperaturii*. Se foloseşte aşa-numitul termometru maximal, care este astfel construit încât coloana de mercur se opreşte la nivelul maxim atins, chiar dacă se răceşte ulterior. De aceea, înainte de utilizare, termometrul trebuie bine scuturat, pentru a coborî coloana de mercur.

Tehnica de măsurare. Pentru sugar, măsurarea cea mai corectă se face rectal. Copilul este culcat pe spate. Se verifică dacă mercurul a fost coborât. Rezervorul de mercur al termometrului este şters cu o compresă umedă sau este uns cu un strat foarte subţire dintr-o substanţă grasă, pentru a putea fi introdus mai uşor. Termometrul este ţinut cu mâna dreaptă, iar cu mâna stângă se apucă picioarele copilului, îndoindu-le din articulaţia şoldului. Printr-o

mişcare de rotaţie, rezervorul de mercur al termometrului se introduce în întregime în rectul copilului. Tot timpul cât se urcă coloana de mercur, termometrul se ţine strâns între fese, pentru a nu se sparge sau a fi proiectat în afară. După 2 minute termometrul poate fi scos şi se citeşte temperatura. Copilul mai mare va fi aşezat pe burtă sau lateral pentru măsurarea temperaturii (fig. 7.1 a şi b).

Măsurarea axilară a temperaturii se va face numai la adult şi la copilul mai mare de 12 ani. Valorile obţinute prin măsurarea axilară sunt mai puţin exacte decât în cazul măsurării rectale. Este important ca vârful[22] rezervorului termometrului să fie aşezat exact în mijlocul axilei, altfel cifra obţinută nu este fidelă. Termometrul va fi ţinut timp de 10 minute sub braţul stâng, lângă corp.

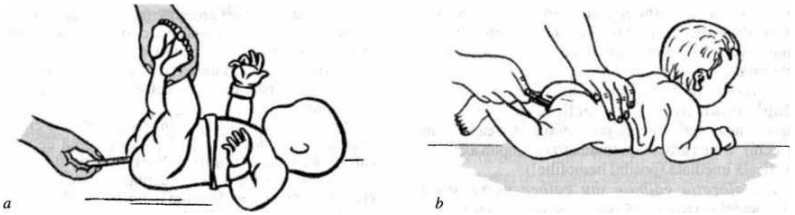


Fig. 7.7, a şi b – Măsurarea temperaturii la sugar.

Indiferent de calmul cu care copilul se va supune acestei mici tehnici, el nu va fi lăsat singur, nesupravegheat.

După citirea temperaturii, termometrul se

22 în ultimul timp au apărut termometre care pot înregistra temperatura transcutanat. La sugar, metoda cea mai sigură rămâne *cea folosită intrnrectal*

şterge cu un tampon de vată sau cu o compresă sterilă de tifon, înmuiată în apă cu săpun sau cu alcool. Nu va fi ţinut sub jet de apă caldă, deoarece se poate sparge.

În ultimul timp au apărut noi tipuri de termometre şi metode de măsurare mai uşor de aplicat, dar unele cu un grad mai mic de precizie.

b) *Cauzele şi manifestările clinice ale febrei* la copii. Febra nu este o boală, ci un simptom, ilustrând faptul că organismul este antrenat într-o luptă cu o infecţie. La copil, febra apare mai des şi la valori mai ridicate decât la adult, chiar în cazul unor îmbolnăviri mai uşoare; *de aceea valoarea absolută a febrei nu reprezintă un criteriu de apreciere a gravităţii unei afecţiuni*. Totuşi, dacă temperatura atinge cifra de 40°C şi creşte deasupra acesteia, boala poate avea un anumit grad de gravitate. Deşi la cei mai mulţi copii se poate constata „cu mâna” când au febră, este totuşi necesară măsurarea exactă a temperaturii. Copilul febril este cald, are ochii lucioşi şi uneori mai larg deschişi decât în mod obişnuit. Respiraţia este mai frecventă, iar pulsul este accelerat, somnul este mai agitat decât în mod normal. Uneori, la sugar şi copilul mic, creşterea prea bruscă a febrei poate declanşa apariţia de convulsii febrile. La copilul mic apar frecvent vărsături, iar la copiii mari şi adulţi creşterea febrei se însoţeşte de frisoane. Scăderea bruscă a febrei se însoţeşte totdeauna de transpiraţii profuze. Febra mai poate să apară şi prin acumularea excesivă de căldură, la sugar în special (aşa-zisa febră prin supraîncălzire până la

39 – 40°C). Aceasta apare mai des în anotimpul cald, dacă sugarul este îmbrăcat prea gros şi acoperit cu păturica. Prin dezbrăcarea sugarului şi administrarea de lichide, temperatura scade la valori normale, fără nicio altă măsură. Când sugarul nu primeşte lichide în cantităţi suficiente, sau când, din anumite motive (prin vărsături sau scaune diareice) a pierdut lichide multe, organismul nu-şi poate regla temperatura şi apare aşa-numita „febră de sete”. Foarte rar se observă stări subfebrile sau chiar febrile care nu au la bază nicio îmbolnăvire. Înainte de a le eticheta ca atare, se vor exclude cu grijă toate cauzele posibile de îmbolnăviri febrile. De altfel există şi cauze de eroare, cum sunt: utilizarea unor termometre necorespunzătoare, care indică cifre inexacte, „nescuturarea” termometrului înainte de întrebuinţare; măsurarea temperaturii după crize de agitaţie, plâns sau imediat după masă.

e) *Combaterea febrei*. Subfebrilitatea sau febra nu reprezintă, în sine, o boală, ci are numai semnificaţia unei reacţii a organismului în faţa unei îmbolnăviri, reacţie care poate însemna, în unele împrejurări, preludiul procesului de vindecare. De aceea, a „trata” numai febra, şi nu boala în ansamblu, ar fi o greşeală. Numai în cazul în care o febră ridicată persistă şi se însoţeşte de alte tulburări (modificarea stării generale, scăderea apetitului, tulburarea somnului sau chiar apariţia de convulsii febrile) se recomandă instituirea de tratamente energice. Pentru început, se utilizează mijloace simple, naturale, apoi cele medicamentoase.

Mijloacele naturale sunt, în ordinea în care trebuie încercate: administrarea de lichide; compresele (împachetările) umede reci. Împachetările reci parţiale (sau generale) şi baia răcită progresiv sunt eficiente.

Când aceste mijloace nu dau rezultate, se administrează medicamente antitermice.

Trebuie reţinut că sugarul cu febră nu trebuie îmbrăcat mai gros decât de obicei. Camera în care este ţinut nu se va supraîncălzi, ci se va menţine o temperatură constantă de 20 – 22°C, cel mult 24°C şi se va asigura o umiditate convenabilă a atmosferei.

Medicamente. Administrarea medicamentelor sub formă de supozitoare, pe cale rectală, este indicată în special în bolile febrile însoţite de convulsii, vărsături, inapetenţă, precum şi la copiii care refuză să primească medicamente pe gură.

Se întâmplă ca supozitorul să fie eliminat din rect înainte ca medicamentul să-şi fi făcut efectul. De aceea, se recomandă ca supozitorul să fie introdus cât mai adânc, dincolo de sfincterul anal. Copilul este aşezat în decubit lateral (culcat pe o parte), cu membrele inferioare (picioarele) îndoite. Mama imobilizează copilul în această poziţie şi, după ce bagă supozitorul în anusul copilului, apropie fesele strâns câtva timp, pentru a evita eliminarea acestuia.

La sugar se folosesc supozitoare de Paracetamol, care se găsesc sub diferite dozări, în funcţie de vârsta copilului. La copii peste vârsta de un an se pot folosi supozitoarele de Algocalmin pentru copii (0,300 g) sau sirop de Paracetamol

pentru copii (Paracetamol, Eferalgan, Panadol, Tylenol etc.).

Pulsul. Unda pulsului furnizează date despre frecvenţa şi puterea de contracţie a inimii. Pulsul se palpează la nivelul unor artere situate superficial. Cu oarecare experienţă se poate determina frecvenţa şi regularitatea (ritmul) pulsului.

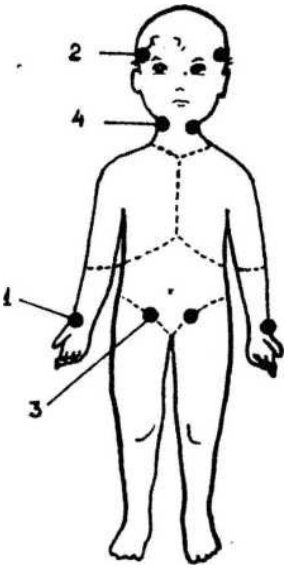


Fig. *7.2* – Zonele în care se poate percepe pulsul: 1. artera radială; 2. artera temporală; 3. artera femurală; 4. artera carotidă.

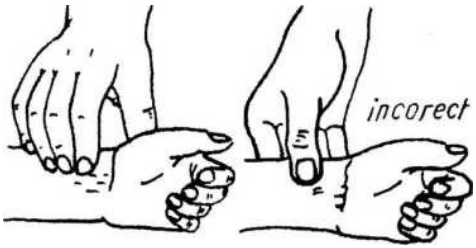


Fig. *7.3* – Palparea pulsului radial.

Respiraţiile. Inspiraţia (destinderea plămânilor) are loc prin mărirea cutiei toracice în toate diametrele.

În cazul unei respiraţii dificile (dispnee) excursiile arcurilor costale sunt impresionante. Dispneea solicită şi alte grupe musculare în actul respirator. Se poate observa *tiraj* (înfundarea) în spaţiile intercostale, sub marginea coastelor sau la gât, iar faţa copilului bolnav exprimă efort şi suferinţă. Frecvenţa respiraţiilor va fi numărată fără ca bolnavul să se ştie observat.

Accelerarea ritmului respirator se observă la efort fizic, în stări febrile, obstacol pe căile aeriene superioare, în boli pulmonare sau cardiace (cu oxigenare insuficientă) şi în caz de hemoragii masive.

Respiraţii ample şi rare sunt evocatoare pentru unele boli metabolice (diabet decompensat) sau perturbări (leziuni) ale centrului respirator (de ex, meningită, encefalită).

Uneori se constată în timpul somnului *respiraţii neregulate*, fără semnificaţie patologică, mai ales dacă faţa este normal colorată, iar la trezirea copilului respiraţiile devin regulate.

Instalarea bruscă, la un copil sau adolescent fără suferinţă cunoscută, a unei respiraţii accelerate şi în acelaşi timp dificile, însoţită de agitaţie, facies anxios, suferind şi poziţie şezândă, încordată, reprezintă un semn de alarmă. Poate fi vorba de o bronşită spastică, o criză de astm bronşic, o pneumonie gravă sau de aspirarea unui

corp străin în căile respiratorii. Situaţia se agravează dacă apar cianoză şi transpiraţii, reprezentând o urgenţă medicală.

Răguşirea vocii sugerează o laringită.

Urina este de culoare galbenă şi limpede. Se întâmplă ca sărurile minerale să precipite în contact cu aerul. Sărurile de acid uric sunt de culoare roşiatică (aspect de nisip cărămiziu al sedimentului urinar). Sărurile de fosfor pot conferi urinei un aspect lăptos, încălzind urina, aceste săruri se redizolvă. Unele medicamente colorează urina: roşiatică (Piramidonul); galbenă ca lămâia (Furazolidon, Electovit, Vitamina A); albastră-verde (albastru de metilen). În unele îmbolnăviri, urina poate deveni: brună roşcată (nefrite, stări febrile); incoloră ca apa (diabet zaharat, scleroză renală); brună ca berea (hepatita epidemică); tulbure (săruri minerale în exces, învechire, albumină etc.). Mirosul urinei proaspete este foarte slab; după un timp devine amoniacal. Este indicat să se compare volumul urinei cu cantitatea lichidelor consumate. Dacă sugarul bea puţin, urina este concentrată şi în cantitate mică. Dacă bea mult, urina este în cantitate mare şi slab concentrată (incoloră). Cantitatea de urină eliminată de rinichi în 24 ore se numeşte *diureză*. Se vorbeşte de o diureză bună, când circa 60% din lichidele băute de copil sunt eliminate prin urină (copiii ţinuţi la soare sau în camere supraîncălzite urinează mai puţin). La sugar stabilirea exactă a diurezei nu este posibilă. Se apreciază gradul de udare a scutecelor.

Emisiunile de urină poartă numele de

micţiuni. În mod normal acestea sunt în număr de 15 – 18/24 de ore, în primele săptămâni şi de 6 – 7/24 de ore, la sugarul mai mare. Dacă în camera copilului este frig, acesta are micţiuni mai frecvente.

Recoltarea urinei la sugar în numeroase boli în general, dar în special când există suspiciunea unei boli renale (nefrită) sau a unei infecţii urinare, se impune un examen al urinei.

La băieţi, penisul poate fi introdus într-o eprubetă sterilă (fiartă în prealabil), care se prinde de tegumentele regiunii cu ajutorul unei benzi de leucoplast. Odată fixată eprubetă, mama poate aştepta în linişte micţiunea copilului, dar fără a pleca de lângă el.

La fetiţe, recoltarea urinei este mai dificilă. Se foloseşte un balonaş de sticlă cu gâtul mai larg (balon Erlenmayer). Membrele inferioare ale fetiţei sunt fixate cu ajutorul unui scutec de marginile laterale ale pătuţului, pentru a rămâne îndepărtate. Balonul se fixează în aşa fel încât să nu se îndepărteze labiile mici. Urina mai poate fi recoltată simplu, pe o muşama curată, căreia i se dă forma unei cădiţe, cu ajutorul unor scutece împăturite puse dedesubt; din acest „recipient” urina poate fi transvazată într-o eprubetă cu ajutorul unei linguriţe. Această metodă nu asigură o urină sterilă.

Mai recent, se fabrică pungi din plastic, prevăzute cu un orificiu cu margine adezivă. La băieţi, organele genitale se introduc în întregime (penis şi scrot) în acest săculeţ şi marginea se lipeşte în întregime de tegumentele din jur. La

fetiţe, săculeţul se fixează în jurul vulvei. Această metodă asigură recoltarea sterilă a urinei, fără niciun pericol de infectare din afară.

Pentru a face cât mai scurtă neplăcerea copilului de a suporta această procedură se alege pentru recoltarea urinei o oră apropiată de una din mese, deoarece experienţa a arătat că sugarul are o emisiune de urină înainte sau imediat după alimentaţie.

Recoltarea în eprubetă sterilă se impune numai în vederea efectuării uroculturii. Pentru examenul sumar de urină se vor folosi eprubete sau sticluţe curate (atenţie: flacoane de sirop insuficient spălate pot duce la erori de diagnostic – suspiciune de diabet).

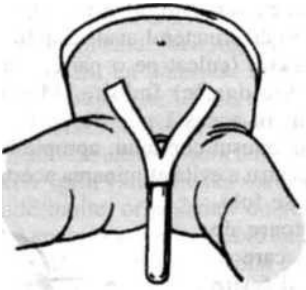


Fig. *7.4* – Recoltarea urinei la băieţi.

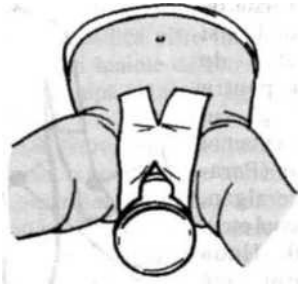


Fig. *7.5* – Recoltarea urinei la fete.

Se recomandă pentru examenul de laborator prima urină de dimineaţă. Sugarul mai mare poate fi ţinut deasupra unei oliţe curate, dacă este deprins să urineze „la comandă”. La copiii mai mari se recoltează din mijlocul jetului urinar direct în eprubetă.

După recoltare, urina trebuie transportată cât mai repede, pentru a nu fi supusă unor procese de degradare, în anumite situaţii (diabet, vărsături acetonemice, unele litiaze urinare), mama va efectua singură unele determinări în urină (cu ajutorul unor benzi-test).

Scaunele (*materiile fecale*). Aprecierea corectă a scaunelor copilului este importantă. În mod curent se observă sistematic numărul scaunelor în 24 de ore, mirosul, consistenţa şi reacţia lor.

TABELUL 7.1

SCAUNELE SUGARULUI (După Gabriel Vasiliu)

Normal	Copil alimentat la sân	Copil alimentat artificial
Număr de zi	1 – 6	2 – 3
Culoare	Galben-auriu (eventual, verzui din cauza oxidării	Cenuşii-brune până la galben clar (substanţele colorate

	pigmenţilor biliari)	ale alimentelor apar neschimbate în scaun: carote, roşcove, sfeclă etc.)
Miros	Acrişor-aromatic	Fetid (fecaloid)
Consistenţă	Cremoasă	Păstoasă
Reacţie	Acidă	Alcalină (acidă în caz de alimentaţie cu preparate adaptate de lapte)

Se impune o atenţie cu totul particulară în a observa dacă scaunele conţin sânge, mucus, puroi, viermi intestinali (se păstrează scaunele până la venirea medicului). Scaunele lucioase şi grăsoase, cu resturi de legume nedigerate sau cu amidon în mare parte intact, indică cel mai adesea o tulburare de digestie şi de absorbţie intestinală.

În cursul primelor săptămâni de viaţă, scaunele copiilor alimentaţi la sân prezintă mari variaţii în raport cu aspectul normal. Mulţi copii prezintă scaune mai numeroase, cu grunji, uneori cu fragmente alburii şi chiar mucozităţi. Din când în când scaunele sunt lichide, de culoare verde. Aceste particularităţi nu trebuie să neliniştească pe mamă, decât dacă sugarul nu progresează în greutate sau dacă prezintă şi alte tulburări.

Abaterile de la aspectul normal al scaunelor sunt mult mai semnificative la sugarul alimentat

artificial şi trebuie privite totdeauna cu atenţie.

În caz de diaree, se impune efectuarea unei coproculturi.

7.4. Informaţii ce trebuie furnizate medicului

Fie că medicul vede bolnavul la domiciliul acestuia sau în cabinetul de consultaţii, fie că este înştiinţat telefonic despre îmbolnăvirea copilului, este necesar ca familia să-i furnizeze date precise. Observaţiile mamei pot să fie reţinute sub forma unor notiţe, pentru a nu uita nimic din manifestările şi evoluţia bolii şi pentru a putea răspunde exact la următoarele întrebări:

1. *Când şi cum a început boala*?
2. *Observaţii obiective*.

– *febra*: ce temperatură a avut copilul? şi cum evoluează febra?

– *vărsături*: câte?; cantitate?; culoare?; conţinut?

– *constipaţie*: când a avut ultimul scaun? aspectul scaunului? are tendinţă la constipaţie?

– *diaree*: cât de frecvente sunt scaunele? consistenţa? dacă au mucus sau sânge?

– *dureri*: localizarea? intensitatea? caracterul durerii (acută, intensă, în crize)? în caz de dureri abdominale – abdomenul este balonat sau muşchii abdominali sunt întăriţi? în caz de alte localizări: regiunea este caldă şi roşie?

– *culoarea pielii*: palidă, vineţie, icterică?

– *erupţii cutanate*: pete sau vezicule? localizarea? unde au început şi cum sau extins?

– *caracterul respiraţiei*: dispnee? zgomote la inspiraţie sau expiraţie? tiraj la nivelul cutiei toracice? copilul preferă poziţia şezând? numărul respiraţiilor?

– tusea: uscată sau productivă? cu sau fără expectoraţie? nocturnă sau/şi diurnă?

– *convulsii*: contracturi musculare localizate la unele grupe musculare? tonus muscular crescut? starea de conştienţă? convulsii generalizate? durată? febră? a pierdut urina, şi-a muşcat limba?

– *poziţii particulare*: poziţie antalgică? agitaţie? redoarea cefei? (copilul „nu poate pune bărbia în piept”)?

– *alte observaţii*: frecvenţa pulsului? eventuale neregularităţi?

3. *Suferinţe relatate de copil sau adolescent*: dureri; dificultate în respiraţie; greţuri; lipsa poftei de mâncare; ameţeli etc.

7.4.1. Examenul medical la domiciliu

Dacă este aşteptată vizita medicului la domiciliu, părinţii pot contribui la buna desfăşurare a acesteia prin unele pregătiri. Vor avea grijă ca aerisirea camerei, spălarea (sau baia) şi masa copilului să fie rezolvate până la sosirea medicului (în orice caz să nu coincidă!).

Va fi măsurată temperatura (şi notată), eventual sub forma unei curbe în evoluţie; vor fi păstrate ultima urină şi scaunul (dacă acesta din urmă este modificat). Vor fi pregătite notiţele cu observaţiile (şi întrebările) părinţilor. De asemenea, vor fi la îndemână ambalajele medicamentelor administrate.

Vor fi pregătite cele necesare ca medicul să se poată spăla pe mâini.

Pentru uşurarea examenului sugarului se va pregăti o masă (masa de înfăşat). Copilul mai mare va fi examinat în pat, iar cel mic (sau copilul care face dificultăţi la examinări ori este agitat) poate fi examinat în braţele unui membru al familiei.

Fig. *7.6* – Ţinerea sugarului pentru examenul medical; dacă este culcat pe spate, braţele se ţin depărtate de corp, astfel ca medicul să-l poată examina nestânjenit.

Fig. *7.7* – Dacă este culcat cu faţa în jos, antebraţele sunt ţinute sub pieptul sugarului.

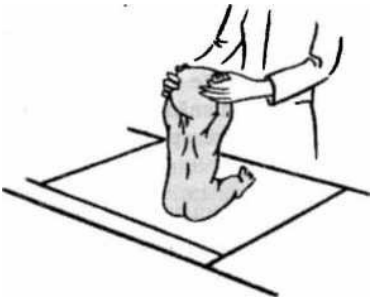


Fig. *7.8*La sugarul care încă nu-şi ţine capul sau la copilul foarte slăbit, se ridică braţele în sus, sprijinindu-i în acelaşi timp şi capul.

Fig. *7.9* – Ţinerea sugarului şi copilului mic pentru examinarea ochilor, nasului, gurii şi faringelui.

Mama trebuie să înveţe să ţină corect copilul pentru examenul medical.

Este necesar să existe o sursă bună de lumină. Pentru examenul gurii şi faringelui va fi pregătită o linguriţă curată, aşezată pe o farfurie.

Pentru copiii care fac dificultăţi la examen se va avea la îndemână jucăria preferată sau un biberon cu ceai.

Se recomandă ca mama să-şi facă notiţe (dacă medicul nu scrie amănunţit, tot ce trebuie făcut) în ce priveşte alimentaţia, tratamentul, măsuri speciale de îngrijire. Dacă a uitat ceva sau

apare vreun dubiu asupra tratamentului, ori mama observă reacţii neaşteptate la copil sub tratament, nu se va sfii să pună întrebări suplimentare (chiar la telefon).

Dacă starea copilului se ameliorează rapid, mulţi părinţi sunt tentaţi să întrerupă tratamentul medicamentos indicat de medic sau să schimbe dieta prescrisă. Acest lucru nu este permis, putând duce la recăderi. În cazul în care medicul nu a specificat durata tratamentului, acesta va fi continuat până la următoarea vizită a medicului sau se „ajustează" după ce se ia legătura cu medicul prin intermediul asistentei de ocrotire.

7.4.2. Câteva reguli de bază pentru îngrijirea copilului la domiciliu

1. Copilul bolnav are nevoie de mult aer curat. Vara, camera poate rămâne cu ferestrele deschise. Iama, se va aerisi de mai multe ori pe zi, fie direct, fie prin intermediul unei camere vecine.

2. Patul va fi astfel aşezat încât să fie ferit de curent, în cazul în care cameră se deschide spre o sală neîncălzită, se vor pune pături la partea de jos a uşilor. La copilul mic, plăpumioara sau pledul pot fi legate la cele patru colţuri de gratiile patului.

3. Poziţia patului va fi fixată în aşa fel ca bolnavul să nu privească tot timpul în lumină.

4. Temperatura aerului din cameră va fi de 18 – 22°C în cursul zilei şi de 20 – 24°C când copilul este spălat sau i se face baie. Copiii cu febră mare nu vor fi înveliţi prea gros în camera încălzită. Se vor evita oscilaţiile mari ale temperaturii camerei;

dacă aceasta scade sub 16°C, devine nocivă pentru copil.

5. Ca măsură de protecţie pentru ceilalţi membri ai familiei, mama va purta în camera copilului un halat sau şorţ, care să-i acopere toată îmbrăcămintea.

6. În încăpere se va aşeza un lighean, săpun şi prosop – departe de patul copilului – pentru ca medicul şi mama să-şi spele mâinile. Medicul decide dacă este necesar în plus un castronaş cu soluţie dezinfectantă pentru mâini.

7. Sursa de lumină artificială va fi atenuată, prin aşezarea unor bucăţi de carton în jurul veiozei.

8. Copilul febril transpiră mult. De aceea, dacă medicul permite, copilul mic va face baie zilnic. Copilul mare va fi spălat în pat, aşezat pe o muşama mare, acoperită cu cearşaful de baie. Se spală diferite segmente ale corpului, ştergându-le şi învelindu-le imediat pentru a se evita răcirea. Dacă medicul recomandă să nu se facă baie, mama va curăţa cu o cârpă înmuiată în apă caldă pielea de la subsuoară, de la cutele gâtului, mâinile şi picioarele, organele genitale şi anusul.

9. În timpul băii vor fi observate cu atenţie culoarea pielii şi respiraţia copilului. Dacă pielea devine brusc palidă sau vineţie, baia se întrerupe imediat. La copilul cu formă mai gravă de boală, baia generală se va înlocui cu baia parţială (se spală mâinile, picioarele, gâtul, subsuorile, regiunea genitală).

10. La copiii care au picioarele reci, în special în cursul bolilor diareice grave, se pun sticle cu

apă caldă (învelite în şervet).

11. Fraţii şi surorile nu au ce căuta în apropierea copilului bolnav.

12. Îngrijirea cavităţii bucale se va face cu minuţiozitate, de mai multe ori pe zi. Spălarea pe dinţi se va face cu grijă, cu ajutorul mamei. Clătirea se face cu apă simplă sau cu ceai de muşeţel (în special la copilul mic care, neştiind să facă gargară, poate înghiţi ceaiul). În cazul în care mucoasa gurii este roşie, prezintă zone cu stomatită, copilul mai mare îşi va clăti gura de mai multe ori pe zi cu ceai de muşeţel bicarbonatul (1 g la 250 ml de ceai). La recomandarea medicului se poate picura în gura copilului un preparat pe bază de stamicină.

13. Curăţirea urechilor şi a nasului. La sugar şi copilul mic, curăţirea urechilor se face cu tampoane lungi de vată. Se observă dacă apar secreţii sau dacă bolnavul acuză dureri. În cadrul infecţiilor respiratorii (gripă, răceli), se acordă o importanţă mare curăţirii nasului. Când există secreţii abundente în nas, acestea vor fi aspirate cu ajutorul unei pompiţe. Nu este bine să se folosească tampoane de vată, care favorizează infecţiile supraadăugate. În caz de secreţii vâscoase sau cruste, acestea se înmoaie prin picurarea de ser fiziologic din abundenţă şi de mai multe ori pe zi şi apoi se aspiră. Nu se recomandă introducerea în nas de substanţe grase (oleu gomenolat, vitamina A etc.). Prezenţa de secreţii purulente sau sanguinolente trebuie semnalată medicului. Nu se folosesc dezinfectante nazale decât la indicaţia medicului şi numai pe perioade

scurte de timp.

14. Copilul va fi spălat imediat, ori de câte ori să murdărit (vărsătură, scaun), în special în bolile digestive. De asemenea va fi spălat pe mâini înainte de a mânca, iar după masă va fi spălat atât pe faţă, cât şi pe mâini.

15. Aşternutul se aeriseşte şi se aranjează în fiecare dimineaţă, timp în care – dacă are voie să stea în şezut – copilul mic se aşază la capătul opus al patului, pe un fotoliu sau pe un scaun lângă pat. Plapuma sau pledul se introduce în cearşaf, perna se scutură, ambele se aerisesc. Cearşaful de pat se scutură, apoi se întinde cât mai bine, fără a face cute. Acesta se schimbă de 2 ori pe săptămână sau, la nevoie, zilnic.

16. Poziţia în pat. În cursul afecţiunilor bronho pulmonare, copilul se simte mai bine când toracele este uşor ridicat. Mama va avea grijă ca poziţia să fie corectă, adică toracele să fie în întregime ridicat, nu numai capul, care – în acest caz – apasă pe piept îngreunând respiraţia. Poziţia ridicată este uşurată dacă se introduce sub capul saltelei o pătură îndoită de mai multe ori sau 1 – 2 perniţe foarte dense. Se evită alunecarea bolnavului din poziţia ridicată, introducându-i sub genunchi un rulou confecţionat dintr-o păturică de molton.

17. Prevenirea escarelor. La copiii cu boli grave prelungite, la cei foarte slabi, paralizaţi, la cei imobilizaţi în aparate gipsate sau cu pierderea conştienţei există pericolul apariţiei escarelor (fig. 7.10). La început, pielea se îngroaşă în zona expusă presiunii neîntrerupte şi frecării pe

cearşaf. Treptat apar, favorizate de umezeală, leziuni superficiale dureroase. De aceea la copiii care transpiră mult, rufăria trebuie schimbată des. În plus se recomandă fricţionarea zonelor predispuse cu alcool diluat şi aplicarea unui strat subţire de pudră de talc. La bolnavii care nu se pot mişca mult în pat, se va schimba poziţia de mai multe ori pe zi. Se va avea grijă ca cearşaful şi pijamaua să nu facă cute.

18. Îngrijirea corectă a bolnavului presupune multă răbdare, timp şi perseverenţă în executarea exactă a prescripţiilor medicale. Prin abilitatea cu care deviază atenţia copilului de la suferinţa sa, mama îi poate uşura boala şi îi poate crea o stare de spirit optimistă. Medicul sau rudele nu vor discuta lângă patul copilului despre boala acestuia. Comentariile se vor face în afara camerei bolnavului.

19. Mama trebuie să fie în stare să insufle copilului bolnav încredere în medic. Dacă ea dovedeşte că ia în serios toate recomandările acestuia, executându-le conştiincios, va câştiga colaborarea copilului şi acesta va accepta mai uşor unele tratamente (injecţii, medicamente cu gust neplăcut). Niciodată mama nu-şi va manifesta mila în astfel de împrejurări şi nu va comite greşeala de a ameninţa copilul cu injecţii sau alte măsuri recomandate de medic.

Fig. *7.10* Zonele predispuse la apariţia escarelor.

20. În cursul îmbolnăvirilor, copilul simte şi mai mult, decât atunci când este sănătos, nevoia prezenţei şi afecţiunii mamei. Jucăria preferată, micile gesturi de tandreţe, precum şi asigurarea liniştii psihice sunt factori care contribuie la vindecare.

Pentru copilul obligat să stea mai mult în pat, se vor căuta ocupaţii şi mici distracţii care-l vor ajuta să-i treacă mai uşor timpul. Recomandăm pentru cei mici: cărţi pentru colorat, jocuri simple de cărţi, desenatul. Pentru cei mai mari: lecturi plăcute, muzică (vizionarea programelor TV va fi selectivă!), albume cu fotografii mai vechi, care pot constitui şi un prilej pentru amintiri plăcute şi discuţii apropiate cu părinţii.

21. La copiii în stare gravă, se curăţă şi se

umezesc buzele (din oră în oră) cu infuzie de muşeţel sau cu apă fiartă şi răcită; de îndată ce starea lor se îmbunătăţeşte, li se dă să bea ceai de plante (chimen, anason, muşeţel, tei) îndulcit cu zahăr, în cantităţi mici şi repetate, fără ai forţa.

22. Pentru îngrijirea copilului cu *boală contagioasă* se cer unele măsuri suplimentare:

a) Se înlătură toate obiectele care nu sunt necesare, în special se va avea grijă să fie îndepărtate hainele altor membri ai familiei. Covoarele se strâng sul şi pot rămâne în cameră.

b) Patul copilului se va spăla cu apă caldă şi detergenţi. La nevoie, se mai instalează un pat, pentru persoana care îngrijeşte copilul.

c) Va exista o oală de noapte sau o ploscă. Peste urina şi scaunele emise de copil se toarnă imediat o soluţie dezinfectantă. Abia după 2 ore se evacuează în W.C.-ul locuinţei. Vasele respective se spală de fiecare dată cu detergenţi, iar în caz de boli infecto-contagioase se cer soluţii dezinfectante.

d) Va exista de asemenea un lighean pentru bolnav, eventual şi pentru persoana care-l îngrijeşte, săpun, prosoape separate.

e) Persoana care îngrijeşte copilul poartă un halat (alb sau colorat, dar dintr-un material care se poate spăla şi fierbe). Înainte de a părăsi camera, dezbracă halatul, îl agaţă de un cui în interiorul camerei, în apropierea uşii. Când se întoarce, îmbracă halatul înainte de a face orice act de îngrijire a copilului.

f) Schimbarea rufăriei de corp, de pat, a prosoapelor se face zilnic şi ori de câte ori se

murdăresc. Obiectele de strâng într-o găleată cu capac.

g) Tacâmurile, farfuriile, ceştile etc. folosite de bolnav (eventual şi de persoana care-l îngrijeşte) rămân permanent în cameră şi se spală separat. Vasele în care se aduce mâncarea se pun pe o masă, de unde se serveşte în farfurii, pahare etc., apoi se duc la bucătărie şi se spală separat de vesela restului familiei.

7.4.3. Regimul alimentar al copilului bolnav

Recomandările făcute de medic vor fi respectate întocmai de mamă în ce priveşte componenţa, cantitatea, felul de administrare şi orarul alimentaţiei.

Mâncarea va fi preparată gustos, variat şi va fi oferită în mod plăcut, în porţii mici. O farfurie plină este resimţită de copil ca o povară (mai bine se mai serveşte o dată). Copilul nu va fi forţat să mănânce (se evită astfel supărarea, starea de tensiune, vărsăturile şi apariţia în continuare a „anorexiei psihice”). Mâncarea se serveşte caldă (pot fi folosite farfurii cu fund dublu – cu apă caldă), tăiată în bucăţi mici sau sub formă de pireuri.

Copilului grav i se aşază o perniţă sub cap şi un şervet în faţă; dacă starea copilului o permite, va mânca în poziţie semişezând, bine sprijinit. Lichidele pot fi băute cu paiul.

La copilul cu pierderea conştienţei nu se va face nicio tentativă de alimentaţie, existând riscul aspiraţiei şi asfixiei.

Contrar concepţiei mai vechi, după care bolnavii febrili trebuie ţinuţi nemâncaţi, azi este valabil principiul că orice bolnav trebuie să fie hrănit şi mai ales să primească lichide suficiente, având grijă de a se îndepărta acele alimente sau moduri de preparare care nu sunt potrivite bolii respective.

La copil, mai mult ca la adult, regimul dietetic are o importanţă la fel de mare ca şi tratamentul medicamentos.

– Regimul alimentar al copilului bolnav este dezechilibrat, incomplet, dar necesar; copilul nu are de suferit dacă regimul nu se prelungeşte prea mult.

– Unul din obiectivele urgente şi permanente la copiii bolnavi (mai ales la sugari) este să se acopere pierderile mari de apă (deshidratarea din cauza febrei, diareii, vărsăturilor, transpiraţiei, refuzului tranzitoriu de a mânca etc.) prin consumul unui volum mai mare de lichide: apă fiartă şi răcită, ceaiuri de plante medicinale, îndulcite cu glucoză sau zahăr, sucuri de fructe, compoturi, supă de zarzavat. La copiii care varsă sau transpiră mult, la lichidele îndulcite se adaugă puţină sare de bucătărie (la 1 litru de ceai: 4 – 6 linguriţe de zahăr şi un vârf de cuţit de sare de bucătărie).

– În bolile febrile există un consum mare de calorii şi dacă hrana este insuficientă, copilul îşi consumă propriile rezerve din ţesuturi. Pentru a acoperi consumul mare de calorii, se dau alimente cu glucide (mai bine tolerate şi uşor de asimilat). La sugar se dau: ceaiuri îndulcite cu glucoză 5 –

10% sau cu zahăr 5%, lapte diluat şi îndulcit, supe, sucuri de fructe. La copilul mare se adaugă făinoase (cartofi, pâine albă, biscuiţi, orez) sau dulciuri (compoturi, mere, dulceaţă, gemuri); de îndată ce febra a mai scăzut şi apetitul a revenit (toleranţa digestivă a crescut) se adaugă şi grăsimi: unt, smântână, uleiuri vegetale.

În cursul bolilor febrile se produce şi un consum mărit de proteine. De aceea, de îndată ce natura şi evoluţia bolii o permit, la sugar se va reintroduce cât mai repede laptele, iar la copiii mai mari brânza de vacă, carnea fiartă sau friptă (de vită sau de pasăre), peştele de apă dulce.

– Consumul de vitamine şi săruri minerale este şi el crescut în majoritatea bolilor copilului. Sucul de fructe crude se poate da singur sau înglobat în pulpa de fructe rase (mere, piersici, banane etc.), ori amestecat cu fierturi de făinoase (griş, fulgi de porumb) sau cu cereale „instant”, budinci uşoare, pesmet, biscuiţi raşi. Supa de zarzavat (strecurată la început) şi mai târziu pireu de cartofi sau de morcovi asigură nevoile crescute de săruri minerale.

Orice aliment se dă sub formă uşor de tolerat. Copiii bolnavi au deseori o lipsă a poftei de mâncare, scăderea secreţiilor digestive şi modificări ale motilităţii tubului digestiv (fie constipaţie, fie colici abdominale, vărsături şi/sau diaree). Aceste tulburări pot fi evitate printr-o alimentaţie lichidă sau semilichidă, fără celuloză în exces (merele, de exemplu, se dau numai rase sau chiar coapte şi diluate cu ceaiuri) şi fără compuşi iritanţi (condimente) sau care produc

fermentaţii (prunele, strugurii) şi putrefacţii intestinale (prăjiturile cu cremă, carnea etc.). Nu se dau rântaşuri, sosuri, prăjeli, prăjituri de cofetărie, ciocolată, mezeluri, conserve, peşte de mare etc.

În caz că bolnavul refuză sau varsă, este preferabil să se lase stomacul în repaus timp de circa o oră (medicamentele se dau sub formă de supozitoare sau injecţii). Apoi, dacă sugarul primeşte (copilul mai mare îşi exprimă dorinţele), i se dau lichide cu biberonul sau cu linguriţa (la sugar chiar cu pipeta), în cantitate de 10 – 40 g odată. La copilul mare se dau cu ceaşca. Dacă bolnavul primeşte şi tolerează primele lichide înghiţite, i se dau 20 – 40 g după 10 – 20 de minute. După câteva ore, se poate creşte cantitatea şi se lărgesc intervalele, pentru a da prilej copilului să se odihnească. Dacă nu are diaree, se adaugă în ceai sucuri de fructe (lămâie, portocale, mere, piersici, vişine, zmeură, mure). Unii copii mai mari preferă apa minerală şi/sau Coca-Cola.

În ziua în care varsă nu se va da copilului să bea mult dintr-odată, ci în cantităţi mici şi dese. Când copilul cere să mănânce, i se pot da, în funcţie de preferinţe: un biscuit, câteva linguriţe de supă, puţin compot de mere, un cartof copt. Dacă cere i se va da o jumătate de ceaşcă de lapte diluat. Dacă varsă din nou, mama trebuie să fie mai fermă. Nu-i va da absolut nimic timp de 2 – 3 ore (la sfatul medicului se poate da un medicament antivomitiv) şi apoi după 20 – 30 de minute i se vor da din nou 2 linguriţe de lichide

(apă, ceai îndulcit etc.).

La copiii care refuză pentru un timp să mănânce, dar nu au vărsat, de îndată ce cer să mănânce li se vor servi, în cantităţi mici şi progresiv crescute, alimente uşoare şi care sunt preferate de copil.

Regimuri alimentare. Alimentaţia copiilor bolnavi se grupează într-o serie de regimuri sau de diete corespunzătoare unor boli mai frecvente şi anumitor perioade din evoluţia lor.

Dieta hidrică se recomandă în caz de diaree cu sau fără vărsături, precum şi la copiii gravi care refuză să mănânce. Constă din apă cu 5 – 10 g glucoză la 100 ml, ceai de plante (chimen, anason, muşeţel sau tei) îndulcit cu 50 g zahăr fiert în 1.000 ml de lichid, ser fiziologic (apă în care se adaugă şi se fierb 9 g sare la un litru), apa de orez preparată cu 30 g de orez şi cu 50 g de zahăr la 1.000 ml de lichid, Coca-Cola, Gesol (o soluţie care conţine la 1 litru: 20 g glucoză, 3,5 g clorură de sodiu, bicarbonat de sodiu 2,5 g şi clorură de potasiu 1,5 g).

Dieta de tranziţie urmează dietei hidrice în tratamentul diareilor. La sugar, în primele luni, este constituită pe lângă „apa de orez”, din supă de morcovi sau un amestec de făină de roşcove (Arobon, Ceratonia), în concentraţie de 30 – 50 g la 1.000 g de lichid. La sugarul mai mare şi la copilul de 1 – 5 ani, la aceste alimente se adaugă orezul pasat cu zahăr, merele coapte (îndulcite de la început şi îmbogăţite ulterior cu pesmet de pâine), pireul de morcovi etc. De dorit ca să se introducă rapid brânză de vaci şi/sau carne fiartă.

Regimuri cu alimente-medicamente sunt folosite în diarei şi în unele boli metabolice ereditare. Dintre acestea, se citează câteva produse industriale: pulberea de morcovi, pulberea de banane. Milupa H N 25, Humana H (preparate dietetice cu o anumită concentraţie a principiilor de bază ale laptelui şi cu un adaos de hidraţi de carbon şi de pudră de banane etc.), Isomil (pe bază de soia).

Regimul hidrozaharat cuprinde ceaiuri îndulcite cu zahăr sau cu zaharină, supă de zarzavat strecurată, zeamă de orez, zeamă de compot, limonade sau oranjade, apă gazoasă, sirop. Se recomandă copiilor mai mari, febrili, care nu tolerează laptele.

Regimul hidrozaharat-lactat cuprinde în plus lapte, iaurt şi brânză de vaci. El este folosit la copiii cu toleranţă digestivă scăzută, în perioada de început a oricărei boli febrile.

Regimul lactohidro-zaharat-făinos are în plus cartofi (copţi, fierţi, pireuri), pâine albă, biscuiţi, griş, orez, dulceaţă, gemuri, macaroane.

Regimul lacto-făinos-vegetarian cuprinde în plus faţă de regimurile anterioare, legume (morcovi, cartofi, pătrunjel-rădăcină, salate) fierte şi fructe (crude, rase, terciuite, coapte; compoturi, dulceaţă sau gemuri).

Regimul făinos, cu sau fără brânză de vacă şi carne, este compus din: ceaiuri, pâine prăjită, biscuiţi, orez, cartofi, griş, paste făinoase. Regimul se poate îmbogăţi cu brânză de vaci, carne, mere coapte. Este indicat la copii mai mari după dieta hidrică în caz de dizenterie, toxiinfecţii

alimentare, diaree de orice natură.

Regimuri individualizate se prescriu în orice boli ale nou-născuţilor şi sugarilor, precum şi în unele boli ale copilului mai mare (unele boli de rinichi, boli de inimă, diabet, hepatită epidemică, diaree cu deshidratare). Regimul este prescris, în scris, de medic, cu indicaţia conţinutului, cantităţilor de alimente ce se dau în 24 de ore, după un anumit orar. Mama va măsura şi cântări fiecare aliment în parte înainte de a-l pregăti şi de al da copilului. Pe o foaie de hârtie vor nota cantităţile primite, precum şi ceea ce copilul a eliminat (urină, scaune, vărsături). Copiii bolnavi se cântăresc zilnic.

Regimul complet este un regim normal, care se recomandă la copiii mari, sănătoşi, bolnavi de afecţiuni uşoare sau în perioada de convalescenţă.

7.5. Boli contagioase

7.5.1. Rujeola (*pojar, corî*)

a) Definiţie. Este o boală foarte contagioasă, produsă de un virus şi caracterizată prin febră mare, tuse, secreţii nazale şi oculare şi o erupţie caracteristică.

b) Importanţa bolii. Sub vârsta de 2 ani, boala este urmată adesea de complicaţii pulmonare grave, cu o mortalitate încă destul de ridicată.

c) Modul de transmitere. Rujeola se transmite numai direct, de la un alt copil bolnav, care este contagios timp de 4 – 5 zile înainte de apariţia erupţiei şi pe toată durata erupţiei. Boala se transmite prin aer („cale aerogenă”), prin picăturile de salivă, secreţiile nazofaringiene şi

conjunctivale, pe care copilul le proiectează în jurul său în timpul vorbirii, tusei, strănutului.

Copiii între 1 şi 10 ani sunt deosebit de receptivi, în colectivităţile de copii (creşe, grădiniţe, şcoli) boala cuprinde aproape pe toţi copiii care nu au suferit în trecut de rujeolă sau nu au fost vaccinaţi. După vârsta de 3 luni când dispar anticorpii transmişi de mamă (dacă ea a avut boala) copiii pot face pojar la orice vârstă. Este de dorit ca un copil să nu facă pojarul sub vârsta de 3 ani, căci până la această vârstă complicaţiile sunt frecvente şi grave.

d) Incubaţia este fixă, de 10 – 12 zile. La bolnavii care au primit gammaglobulină, incubaţia se poate prelungi până la 28 de zile.

e) Invazia (perioada catarală sau preerupţia) durează 3 – 4 zile, până când apare erupţia. Febra creşte treptat, ajungând la 39 – 40°C. Apare catarul oculo-nazal: copilul strănută, tuşeşte; din nas se scurge o secreţie apoasă, abundentă; conjunctivele se înroşesc; pleoapele sunt uşor umflate, pe jumătate închise; ochii lăcrimează; lumina îl supără. Vocea poate deveni răguşită. Copilul pare „răcit” şi boala poate fi luată drept „gripă”, „guturai” sau „rinofaringită”. În faza de invazie este caracteristic semnul lui Koplik; pe mucoasa obrajilor, în dreptul măselelor, apar câteva pete roşii centrate de mici ridicături albe (aspect de boabe de griş), presărate pe mucoasă. Fundul gâtului este roşuaprins, iar pe vălul palatului se constată mici puncte hemoragice. Starea generală se înrăutăţeşte; copilul este somnolent, refuză să mănânce. Copiii mai mari se

plâng de dureri de cap şi de dureri musculare.

f) Perioada eruptivă. Erupţia (exantemui) apare pe piele după 3 – 4 zile de la începutul bolii, întâi după urechi, pe faţă şi pe gât (fig. 7.11). A doua zi petele apar şi pe trunchi, iar în următoarele 2 – 3 zile se extind dinspre rădăcina membrelor până ajung la degete. În momentul în care erupţia a ajuns la mâini şi picioare, începe să pălească pe faţă şi gât, iar febra scade. În tot timpul erupţiei, febra se menţine mare (39 – 40°C).

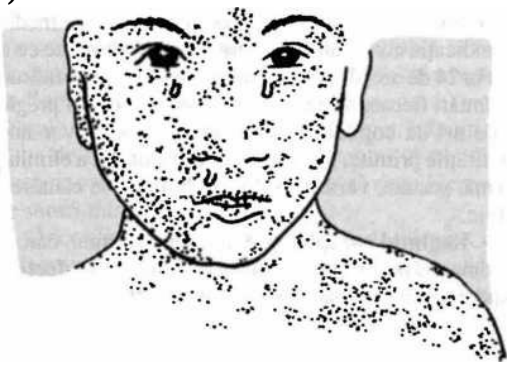


Fig. *7.11* – Rujeolă în faza eruptivă (după Florin Căruntu).

Erupţia de rujeolă este formată din pete roşii de diferite mărimi, cu formă neregulată, pe alocuri confluente; între pete rămân totdeauna zone de piele sănătoasă. Petele dispar la apăsare; la pipăit se simt uşor reliefate şi catifelate.

Copiii la care s-au administrat gammaglobuline în primele zile de incubaţie pot prezenta o erupţie foarte discretă: pete mici, izolate, mai rare care uneori nu cuprind toate regiunile corpului şi dispar mult mai repede.

După 3 – 4 zile de la apariţia erupţiei, febra

începe să scadă, erupţia păleşte şi dispare în ordinea în care a apărut (de sus, în jos).

g) Perioada de convalescenţă începe de 6 – 8 zile de la începutul bolii. În locul erupţiei, rămân nişte pete cafenii, apoi apare o descuamaţie fină, ca tărâţa mai accentuată pe faţă, care durează circa o săptămână. Tusea şi secreţia nazală dispar treptat, după mai multe zile. Starea generală se ameliorează, copilul devine mai vioi şi cere de mâncare.

În 9 – 10 zile boala se vindecă. În cazul copiilor cu vârsta până la 3 ani, mama beneficiază de 14 zile de concediu pentru îngrijirea copilului bolnav. Copilul de vârstă şcolară poate relua activitatea şcolară după 14 zile de la începutul bolii.

h) Complicaţiile sunt frecvente mai ales la copiii până la 2 ani. După rujeolă, reactivitatea organismului scade mult, aşa că infecţiile microbiene îmbracă forme grave, punând adesea în pericol viaţa copilului.

La un copil cu rujeolă se bănuie o complicaţie dacă: febra persistă sau apare din nou după ce temperatura revenise la normal timp de 2 – 3 zile; dacă, după ce a pălit erupţia, copilul continuă să „zacă” şi refuză mâncarea; dacă tusea devine mai frecventă şi mai supărătoare, iar copilul geme, respiră greu; dacă se plânge de urechi sau de dureri de cap.

Pneumonia este complicaţia cea mai frecventă la copilul sub 2 ani. Febra persistă, tusea se accentuează; respiraţia devine mai frecventă, greoaie şi se însoţeşte de geamăt.

Crupul rujeolic (laringita obstruantă) poate duce la asfixia copilului prin micşorarea sau astuparea laringelui.

Dintre *complicaţiile mai puţin frecvente* se pot cita în ordinea frecvenţei: stomatite, otite, pneumonii interstiţiale, encefalita (rară, dar foarte gravă), vărsăturile, diareea.

Rujeolă este o boală care slăbeşte mult capacitatea de apărare a organismului şi deschide, în acest fel, drumul tuberculozei. De aceea, copiii cu tuberculoză în antecedente se vor controla ulterior prin examene medicale şi radioscopii pulmonare.

i) Tratament Rujeolă se îngrijeşte la domiciliu sub supravegherea medicului. Internarea este necesară: dacă rujeolă a apărut la un copil care suferea deja de o altă boală (otită, mastoidită, diaree gravă, pneumonie acută); dacă a apărut la un copil într-o colectivitate închisă (preventoriu, colonie, casa copilului, spital, grădiniţă săptămânală, internat, creşă); dacă nu există condiţii pentru îngrijirea în familie; dacă au apărut complicaţii.

a) *Tratament igienodietetic*. În tot timpul perioadei febrile şi a complicaţiilor, copilul va sta la pat. Se va evita contactul cu alte persoane care suferă de alte boli (gripă, guturai, amigdalite, infecţii ale pielii).

Camera copilului nu va fi supraîncălzită, va fi bine aerisită şi se va întreţine o atmosferă umedă (vase cu apă pe sobă; prosoape umede lângă sobă). Când copilul prezintă catar oculo-nazal, lumina excesivă îl supără, aşa că se va atenua

lumina prin folosirea de becuri slabe, seara, şi tragerea perdelelor la ferestre, ziua.

De îndată ce a scăzut febra, se face din nou baie generală.

În timpul cât este febril şi copilul refuză să mănânce nu va fi forţat să mănânce, ci i se vor da cu răbdare şi în cantităţi mici lichide din abundenţă. Imediat ce revine apetitul, i se poate da un regim normal, în funcţie de vârstă şi de preferinţele sale. Este greşită părerea după care în rujeolă se ţine un regim strict, fără sare, fără grăsimi şi fără carne.

(*3*) *Tratament medicamentos*. Se vor da medicamente pentru combaterea febrei: Paracetamol (sub formă de supozitoare, sirop sau tablete în funcţie de vârsta copilului) sau supozitoare de Algocalmin de 0,300 g (pentru copii); calmante ale tusei (poţiuni expectorau te); liniştitoare ale sistemului nervos.

În caz de complicaţii (bronhopneumonie, otită), se vor administra antibiotice la indicaţia medicului.

Dacă survine crupul rujeolic, se aplică săculeţ cu sare sau mălai încălzite (schimbate des) şi se duce copilul de urgenţă la spital.

j) Profilaxie. Rujeola este foarte contagioasă încă din stadiul de început, cu 3 – 4 zile înainte de apariţia erupţiei, când copilul are fenomene catarale. Contaminarea unui copil sănătos de la unul bolnav cu care stă în acelaşi apartament este aproape sigură. Boala nu se transmite printr-o a treia persoană. După scăderea febrei şi dispariţia erupţiei, boala nu se mai transmite. Nu sunt

necesare măsuri speciale de dezinfecţie. Vaccinarea antirujeolică este obligatorie şi se practică la vârsta de 9 – 14 luni în companii organizate de Dispensarul teritorial. În ultimul timp se practică rapelul.

Vaccinul antirujeolic poate fi administrat şi în asociere cu cele antirubeolic şi anti oreion (RRO = rujeolă, rubeolă, oreion) sau MRM (Masem, Roteln, Mumps, după denumirea germană).

7.5.2. Rubeola (*pojărelul*)

a) Definiţie. Rubeola este o boală contagioasă, cu evoluţie scurtă şi foarte uşoară produsă de un virus. Se caracterizează prin: erupţie cutanată (pe piele) şi adenopatii (mărirea unor grupe ganglionare).

b) Importanţa bolii. Rubeola este importantă prin faptul că, dacă apare la femei gravide, poate determina malformaţii congenitale. Boala se transmite pe cale aeriană, numai prin contact direct, prin picături de salivă de la bolnav la sănătos. Dă o imunitate solidă pe viaţă. Contagiozitatea bolii este redusă. Receptivitatea este mai mare la copiii între 5 şi 15 ani.

c) Incubaţia este de 14 – 21 zile.

d) Perioada de invazie este scurtă (1 – 2 zile) sau poate lipsi. La început copilul prezintă febră mică (până la 38°C), dureri de cap, uşoară secreţie nazală şi conjuncţi val a. Mucoasa faringiană este roşie.

e) Erupţia este de multe ori singurul semn al bolii. Este mult mai redusă decât în cazul rujeolei (uneori de abia se observă) şi se manifestă prin

pete roşii palide, care se unesc între ele. Apare mai întâi pe faţă, apoi se întinde pe gât, pe trunchi, şi la urmă pe membre. Durează 1 – 3 zile. Erupţia este variată, semănând adeseori cu cea din rujeolă, rareori cu cea din scarlatină. Alteori este foarte discretă şi de scurtă durată. Ganglionii limfatici suboccipitali (de la ceafă) şi cei latero-cervicali (uneori chiar toţi ganglionii) sunt măriţi.

Rubeola se vindecă totdeauna fură complicaţii.

f) Tratament. Cât are febră, copilul va sta în pat. Alimentaţia va fi normală. Cel mult, în perioada cât are febră, se va da o alimentaţie mai uşoară (ceaiuri, lapte, iaurt, pireuri de legume, fructe, pâine, biscuiţi, macaroane). Pentru combaterea febrei şi a durerilor de cap se recomandă: Paracetamol (supozitoare, tablete sau sirop) şi fenobarbital tablete de 0,015 g 1 – 3 tablete seara.

Când copilul nu a împlinit 3 ani, mama salariată beneficiază de un concediu medical de 5 zile.

Femeile gravide care nu au avut boala în copilărie vor fi ferite să vină în contact cu copiii bolnavi de rubeolă. În caz că o femeie gravidă care nu a suferit în trecut de rubeolă vine în contact cu un bolnav de rubeolă, pe lângă urmărirea clinică va fi trimisă la un Centru de Hematologie sau la o clinică de boli infecţioase pentru dozarea anticorpilor.

7.5.3. Varicela (*vărsatul de vânt*)

a) Definiţie. Varicela este o boală foarte

contagioasă, cu evoluţie uşoară. Este produsă de un virus şi se caracterizează printr-o erupţie veziculoasă, generalizată.

b) *Modul de transmitere*. Izvorul de infecţie este copilul bolnav care este contagios pe toată durata bolii, până la apariţia crustelor (14 – 21 de zile). Boala se transmite direct de la bolnav la sănătos, pe cale aeriană, prin secreţiile nazofaringiene eliminate prin vorbire, tuse, strănut, precum şi prin conţinutul elementelor eruptive. Receptivitatea la boală este foarte mare la toate vârstele, dar mai ales la copiii între 2 şi 15 ani. Boala lasă o imunitate solidă şi durabilă.

c) *Perioada de incubaţie* este în medie de *14* zile (10 – 21 de zile).

d) *Invazia* (perioada preeruptivă) este scurtă (1 – 2 zile) cu manifestări discrete: febră uşoară, dureri de cap şi musculare, indispoziţie. Faringele este roşu.

e) *Perioada de stare* se caracterizează prin erupţia care apare în tegumente (inclusiv pielea acoperită cu păr) şi ia aspectul unor pete roşii, care în câteva ore se umflă puţin (papule) şi apoi se transformă în vezicule care conţin un lichid limpede, semănând cu picăturile de rouă. Către a 3-a zi, lichidul din vezicule se tulbură (devin pustule). Pustulele se transformă apoi în cruste, care se desprind în circa 7 – 10 zile; dacă nu au fost infectate sau rupte de copil, crustele nu lasă semne. Numărul elementelor de varicelă este variabil: uneori numai câteva (5 – 20), alteori sunt foarte numeroase, împrăştiate pe toată suprafaţa corpului. Erupţia este pruriginoasă (se însoţeşte

de mâncărime). Ea poate apărea şi pe mucoase (în gură, pe conjunctive, pe mucoasa genitală). Erupţia de varicelă apare în mai multe valuri, aşa că în cursul evoluţiei bolii pe pielea copilului se găsesc concomitent elemente eruptive de toate vârstele, de la macule până la cruste (fig. 7.12).

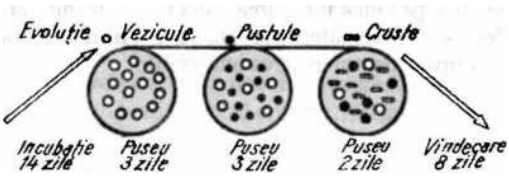


Fig. *7.12* Studiile evolutive ale erupţiei de varicelă (după Florin Căruntu).

f) *Complicaţiile* cele mai frecvente sunt infecţiile secundare ale veziculelor prin microbi obişnuiţi (stafilococi, streptococi etc.), favorizate de scărpinat şi de lipsa de îngrijiri ale pielii: piodermită, abcese, flegmoane, stomatite, conjunctivite; rareori acestea pot duce la septicemie. O complicaţie gravă, dar foarte rară, este meningoencefalita variceloasă.

g) *Tratament* Copilul va fi ţinut în casă pe toată perioada erupţiei. Alimentaţia va fi formată la început, în perioada febrilă, din lapte, ceaiuri, supe, pireuri de legume, fructe, făinoase. Dacă pe mucoasa gurii există vezicule supărătoare, se vor da numai alimente moi. Imediat ce a trecut perioada febrilă şi/sau jena la mestecat sau înghiţit, copilul va primi un regim alimentar normal.

Pentru evitarea suprainfectării veziculelor se

recomandă: copiii mari vor fi sfătuiţi să nu se scarpine, iar celor mici li se vor înfăşură mâinile în vată şi tifon; se vor tăia unghiile scurt; copilul va fi spălat pe mâini cu apă caldă, săpun şi peria de unghii de mai multe ori pe zi. Lenjeria de corp şi de pat se va schimba zilnic; se vor folosi scutece, cămăşuţe sau pijamale moi, largi, care să nu jeneze sau să strângă copilul, evitând astfel ruperea veziculelor şi crustelor, pielea se va pudra cu talc sau cu mixtură mentolată; se vor curăţi cu un tampon cutele şi plicile pielii; se va menţine o igienă riguroasă a mucoasei bucale (se va clăti, de mai multe ori pe zi, cu ceai de muşeţel), conjunctivelor (instilaţii cu ser fiziologic), curăţirea pleoapelor de secreţii cu apă fiartă şi răcită şi a mucoasei genitale (spălare cu soluţii dezinfectante slabe sau cu apă). În timpul fazelor eruptive se va face baie parţială; cu o cârpă umedă se spală zilnic zonele cu cute sau expuse la infecţii (gât, subsuori, zonele genitale etc.). Spre sfârşitul bolii, când se menţin cruste puţine, se poate face duş sau baie într-o cadă perfect curată.

În cazul în care copilul bolnav nu a împlinit 3 ani, mama beneficiază de un concediu de 14 zile; durata concediului se socoteşte de la începutul bolii.

Boala se vindecă repede şi fără vreun tratament special. Când copilul îşi rupe crustele sau dacă veziculele se suprainfectează, rămân cicatrice.

7.5.4. Scarlatina a) *Scarlatina* este o boală frecventă, mai ales la copiii şcolari şi de grădiniţă.

b) *Modul de transmitere*. Este produsă de streptococul hemolitic. Microbul se găseşte în nasul şi în gâtul bolnavilor de scarlatină, convalescenţilor netrataţi cu penicilină, bolnavilor cu angine streptococice şi purtătorilor sănătoşi. Boala se transmite de obicei prin contactul dintre bolnav sau purtător şi individul receptiv. În timpul vorbirii, râsului, strănutului sau tusei, picăturile de secreţii din nas sau gât şi salivă infectează aerul din jurul bolnavului, dar şi obiectele, alimentele, lenjeria. De cele mai multe ori, însă, boala se ia direct; un copil bolnav sau un purtător sănătos poate declanşa o epidemie ce poate cuprinde o mare parte din elevii unei clase. De aceea, orice bolnav de scarlatină se izolează la domiciliu (dacă sunt condiţii corespunzătoare) sau se internează într-un spital de boli contagioase.

c) Incubaţia durează 2 – 7 zile şi este fără simptome.

d) Invazia este scurtă, durând 12 – 36 de ore. Boala începe brusc, de obicei cu temperatură mare (38 – 40°C). Debutul febrei se însoţeşte de vărsături la copiii mici şi de frison la şcolarii mari. Copiii mai mari se plâng de dureri vii în gât, înghit greu, se simt rău, au dureri de cap şi de burtă, sunt agitaţi, câteodată delirează.

e) Enantemul sau angina scarlatinoasă se caracterizează prin: fundul gâtului este roşu ca focul", amigdalele se măresc, se roşesc şi uneori se acoperă de depozite alburii de puroi, ca nişte puncte albe; vălul moale şi omuşorul sunt roşii, tumefiate. Limba este încărcată, cu marginile şi vârful roşu. Ganglionii din regiunea gâtului sunt

măriţi şi dureroşi la pipăit.

f) Perioada de stare (eruptivă) începe cu erupţia sau exantemul scarlatinos care apare în mod obişnuit la 24 – 36 de ore de la începutul bolii, mai întâi în zonele cu piele mai subţire (plicile cotului, regiunea inghinală, părţile laterale ale gâtului şi trunchiului, axile). Ea rămâne mai accentuată în zonele unde a apărut mai întâi. Erupţia este roşie, întinsă pe suprafeţe mari; dispare la presiune; la pipăit este aspră, ca pielea de găină.

În formele grave erupţia este hemoragică. La plicile coatelor, abdomenului, genunchilor apar nişte dungi subţiri roşu-violacee, care nu dispar la presiune.

Adesea erupţia apare şi pe faţă: cuprinde obrajii care devin roşii-aprinşi cu benzi roşii stacojii (aspect pălmuit al feţei), în timp ce buzele, bărbia şi zona din jurul nasului rămân palide.

Erupţia se generalizează în 2 sau 3 zile, rămâne la fel timp de 1 – 2 zile, apoi descreşte în 2 zile. Durează în total 5 – 7 zile. Câteodată erupţia este uşor pruriginoasă (produce mâncărime), mai ales la început.

g) Evoluţia enantemului. Aşa cum s-a arătat mai sus, enantemul apare înaintea erupţiei şi persistă; amigdalele, pilierii, vălul palatului, faţa internă a buzelor rămân roşii vii, cu depozite de puroi. Roşeaţa care la început era numai pe vârful şi pe marginea limbii, cu fiecare zi se întinde spre centrul acesteia. Treptat limba se descuamează de stratul gros, alburiu cu care era acoperită. Spre a 5-a zi, la sfârşitul erupţiei, limba este roşie închis,

presărată de papile, cu aspect „zmeuriu”. Către a 10-a zi, limba este lucioasă, lăcuită; din a 12-a – a 15-a zi îşi recapătă aspectul normal.

Febra oscilează între 39°C şi 41°C în tot timpul perioadei eruptive şi începe să scadă spre a 5-a zi; mai rar rămâne puţin ridicată până spre a 10-a zi. De obicei revine la normal în a 7-a zi.

h) Perioada de descuamare. După dispariţia erupţiei, apare o descuamare caracteristică; mai întâi pe faţă şi trunchi sub formă de scuame mici, apoi pe tălpi şi picioare unde scuamele sunt mari, uneori ca nişte lambouri.

i) Complicaţiile se mai observă în scarlatinele nediagnosticate la timp. Survin fie la începutul bolii, fie în cursul celei de a 3-a săptămâni de boală. *Otita* are de obicei o evoluţie spre supuraţie. *Complicaţiile renale* au devenit rare; nu toţi streptococii A beta hemolitici ce pot produce scarlatină sunt susceptibili de a determina o nefrită. *Reumatismul scarlatinos* poate fi *precoce* (apare în timpul erupţiei) şi *tardiv* (survine din a 14-a – a 25-a zi de la debut), îmbrăcând forma de reumatism articular acut. Se poate însoţi de atingerea inimii şi trebuie tratat corect (în spital).

Recăderea în scarlatină se produce în perioada de convalescenţă a bolii. Este indicat ca la toţi membrii familiei unui copil cu scarlatină să se facă examenul de laborator pentru depistarea streptococului şi să se dea Penicilina V în scop preventiv.

j) Tratament. Copiii bolnavi se internează obligatoriu în spital timp de 7 – 10 zile, pentru izolare şi tratament. Antibioticul cel mai eficace

este penicilina. La ieşirea din spital se administrează o penicilină depozit, Moldamin (benzatin-penicilină), în doză de 600.000 U. Pentru prevenirea reinfecţiilor sau a complicaţiilor, penicilina-depozit (Moldamin) se repetă la 10 zile de la externare.

Eritromicina se foloseşte în locul penicilinei, dar numai în caz de alergie la penicilină.

În primele 10 zile de boală se recomandă repaus la pat. După aceea copilul rămâne în casă până în a 14-a – a 21-a zi de la începutul bolii şi este urmărit în continuare de pediatru – medicul de familie – până la 30 de zile de la începutul bolii.

Se urmăreşte urina, prin examene de laborator ce se fac la începutul bolii şi apoi săptămânal timp de 30 de zile.

Se consideră vindecat un copil dacă după 21 de zile de la începutul bolii, la două examene bacteriologice consecutive ale exsudatului faringian nu să mai depistat streptococul hemolitic, dacă examenele de urină au fost normale şi dacă la examenul clinic general nu se constată nicio modificare patologică.

Regim alimentar. În primele zile de boală, când copilul are febră mare, cu stare generală alterată, se plânge de dureri în gât şi nu are poftă de mâncare i se va da numai regim hidrozaharat-lactat. Pe măsură ce apetitul revine şi toleranţa digestivă creşte (nu mai varsă, nu are greţuri, nu se plânge de dureri abdominale), febra scade şi starea generală se ameliorează se va lărgi şi regimul alimentar, dându-i-se în plus derivate de lapte, carne rasol, orice făinoase. După câteva zile

de afebrilitate şi dacă urina este normală, se va da un regim alimentar normal.

Nu se recomandă regimul fără sare în forma comună de boală.

Introducerea antibioticelor (penicilină) a schimbat esenţial evoluţia bolii care este mai scurtă şi complicaţiile au devenit excepţionale.

7.5.5. *Tusea convulsivă* (*tusea măgărească*)

a) Tusea convulsivă este o boală infecţioasă şi contagioasă, caracterizată zilnic printr-o tuse chinuitoare, caracteristică, ce durează câteva săptămâni. Germenul care o produce este un cocobacil numit *Haemophilus pertusis* sau Bordetella pertusis.

Izvorul de infecţie îl constituie bolnavul de tuse convulsivă, care este contagios timp de 6 săptămâni de la începutul bolii. Transmiterea se face direct, prin aer, prin picăturile ce se proiectează în timpul tusei. Contagiozitatea bolii este foarte mare. Atinge îndeosebi copiii, din momentul naşterii şi până la 7 ani. Nou născutul nu are imunitate transmisă de la mamă. La sugar boala îmbracă o formă gravă, dacă nu a fost vaccinat. De asemenea, este gravă la orice copil debilitat. Gravitatea bolii se datorează intensităţii spasmului tusei, bronhopneumoniilor secundare, reacţiilor encefalitice. La adulţi, boala se întâlneşte foarte rar. Îmbolnăvirea lasă imunitate solidă şi de durată.

b) Incubaţia durează între 7 zile şi 14 zile. În timpul incubaţiei nu apare vreun semn deosebit.

Boala evoluează în 3 faze.

c) Faza de invazie (de debut, cataralâ)

durează

7 – 10 zile. Începutul este înşelător, asemănându-se cu o infecţie banală a nasului şi gâtului. La început tusea este necaracteristică, dar devine din ce în ce mai frecventă şi rebelă la calmantele tusei. În acest stadiu boala este greu de recunoscut. Din păcate, în zilele respective contagiozitatea bolii este cea mai mare.

d) Faza de chinte (de stare, stadiul convulsiv). Tusea devine din ce în ce mai frecventă, spastică, până apar accesele caracteristice: copilul tuşeşte sacadat, de 10 până la 20 de ori, din ce în ce mai repede până ce respiraţia se opreşte în expiraţie; copilul se roşeşte şi chiar se învineţeşte; este ceea ce se numeşte *chintă*. După mai multe sacade de tuse urmează o inspiraţie profundă, şuierătoare, pe care autorii au asemănat-o cu zbieretul de măgar, cântecul de cocoş sau cu cotcodăcitul găinilor; etapa inspiratorie poartă numele de *repriză*. Mai multe chinte şi mai multe reprize formează un *acces de tuse*. Accesul de tuse este zguduitor, chinuitor, copilul se agită, este roşu la faţă. Accesul se termină cu o expectoraţie constituită din secreţii şi mucozităţi alburii, vâscoase, lipicioase, de multe ori copilul varsă. Accesele de tuse sunt variabile ca număr; în formele uşoare câteva, în formele grave de zeci de ori, mai ales noaptea spre dimineaţă. Apogeul frecvenţei este spre a 3-a săptămână a bolii.

În intervalul dintre accese, starea copilului este bună.

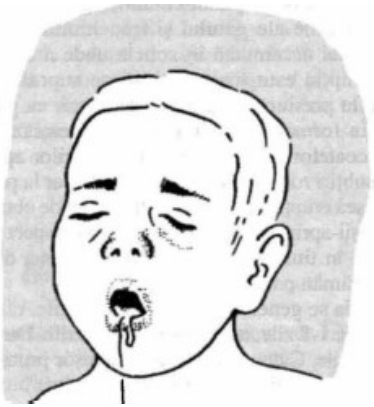


Fig. 7.13 – Copil cu acces de tuse convulsivă.

Temperatura este normală; în caz că apare febră, trebuie bănuită o complicaţie.

Din cauza efortului de tuse copilul lăcrimează, are conjunctivele roşii, pleoapele sunt umflate, iar faţa se buhăieşte. La copiii la care au apărut incisivii inferiori, se poate produce o ulceraţie a frâului limbii, semn caracteristic al bolii. Uneori crizele apar la alimentaţie, plâns, schimbări de temperatură, fum etc.

e) Faza de convalescenţă (de declin) apare spre a 5-a săptămână şi se caracterizează prin rărirea şi atenuarea acceselor de tuse. Totuşi în lunile care urmează, cu ocazia infecţiilor banale ale căilor respiratorii, tusea reapare, îmbrăcând alura convulsivă. Copiii mai nervoşi pot tuşi în acest fel multă vreme.

f) Diagnostic. În caz de crize tipice de tuse diagnosticul este uşor de precizat.

În schimb în formele atipice, uşoare, care survin de obicei la copiii vaccinaţi, diagnosticul

diferenţial este dificil. Unele pneumonii virale se confundă adesea cu tusea convulsivă (tuse asemănătoare, prelungită, leucocitoză, limfocitoză). De asemenea, se poate confunda cu mucoviscidoza.

g) Complicaţii. Apar mai ales la sugari, la care boala este foarte gravă. Dacă febra depăşeşte 38,3°C se poate bănui o complicaţie pulmonară (bronhopneumonie, atelectazii, emfizem mediastinal, diseminarea unei tuberculoze preexistente, bronşiectazie), se pot ivi hemoragii (epistaxis, hemoptizie, hemoragii ale conjunctivelor, hemoragii cerebrale), toate fiind de origine mecanică. Convulsiile (excepţional de rare) pot fi date de asfixie sau de hemoragii cerebrale; pot apărea de asemenea în cadrul encefalitei. Cea mai frecventă cauză de deces este pneumonia.

h) Profilaxie. Tusea convulsivă este o boală cu declarare obligatorie. Izolarea la domiciliu se impune timp de 30 de zile de la începutul chintelor sau 5 – 6 săptămâni dacă a fost surprinsă din faza de invazie.

Vaccinarea este mijlocul cel mai eficace de profilaxie. La noi în ţară, vaccinarea antipertusis (A.P.) se face cu vaccin asociat (Di-Te-Per – Difteric-Tetanic Pertusis). Părinţii sunt datori să se prezinte la medicul de familie atunci când se planifică vaccinarea respectivă.

Rareori se întâlnesc incidente şi accidente după vaccinare. La copiii la care după prima sau a doua vaccinare cu Di-Te-Per a apărut un simptom neurologic, se va face în viitor bivaccin (Di-Te). De altfel, este recomandabil ca la copiii care au

„suferit” la naştere (scorul Apgar mic) să se facă vaccin fără fracţiunea Pertusis (Per).

i) Tratamentul se face cu antibiotice şi cu medicamente liniştitoare ale tusei.

Antibioticele care s-au folosit în tratamentul tusei convulsive sunt *eritromicina* şi *ampicilina*. Ampicilina este cel mai bine tolerată de sugari, dar este mai puţin eficace decât eritromicina sau rovamicina, care se folosesc, de preferinţă, în ultimul timp. Durata tratamentului este minim 8 zile.

În ceea ce priveşte medicamentele liniştitoare ale tusei, lista este lungă; din păcate eficacitatea lor este foarte redusă, iar multe dintre ele sunt contraindicate la sugar şi copilul mic. Se vor evita supradozările şi prescripţiile de medicamente asociate, pentru că pot duce la deprimarea centrilor respiratori, stare de somnolenţă permanentă. Alimentaţia va fi formată mai mult din lichide, dar cu valoare nutritivă corespunzătoare. Se vor da mese mai dese; după chintă se va încerca să se dea copilului să mănânce.

j) Complicaţiile sunt grave şi se tratează în spital. Complicaţiile pulmonare sunt cele mai frecvente; cele nervoase sunt mult mai rare, dar foarte grave.

7.5.6. Oreionul (*parotidita epidemică, infecţia urliană*)

a) Oreionul este o boală infecţioasă şi contagioasă, produsă de virusul urlian, caracterizată clinic prin inflamaţia nesupurativă a

glandelor salivare şi, uneori, a altor ţesuturi şi organe (pancreas, sistemul nervos, testicule). De obicei se localizează la glandele parotide (de aici se trage şi numele de „parotidită”), situate la unghiul mandibular, sub urechi.

b) Izvorul de infecţie este numai omul bolnav. În general, boala se răspândeşte prin salivă şi secreţiile nazofaringiene ce ajung la copil prin nas sau gură, mai rar prin obiecte contaminate.

Un bolnav contagios din ultimele 2 – 6 zile de incubaţie şi timp de circa 2 săptămâni după instalarea bolii.

c) Receptivitate. Boala este foarte rară la sugar şi la copilul mic. Peste vârsta de 2 ani se întâlneşte mai des, având maximum de frecvenţă la şcolarii mari şi la adulţii tineri (12 – 25 de ani). Copiii care frecventează de timpuriu colectivităţile (grădiniţa) fac boala între 3 şi 7 ani.

Creionul lasă o *imunitate solidă şi durabilă*, reîmbolnăvirile fiind excepţionale.

d) Perioada de incubaţie este de 14 – 21 zile, cu limite extreme de 9 – 25 de zile.

Începutul bolii este de obicei lent cu febră mică sau moderată (37,8 – 38,5°C), oboseală, dureri de cap şi scăderea poftei de mâncare; uneori dureri articulare sau musculare.

În formele severe de boală, debutul este uneori brusc, cu febră 39 – 40°C, vărsături, dureri de gât şi în zona glandelor parotide.

e) În perioada de stare apare o tumefacţie a feţei, situată înaintea şi dedesubtul urechilor. Tumefacţia (umflătura) este localizată la început la o singură parte, apoi apare, de obicei, şi la

partea opusă. Uneori este nedureroasă, alteori este foarte sensibilă. În timpul masticaţiei şi înghiţitului, copilul simte o durere vie în gât cu iradiere spre urechi, ceea ce impune o alimentaţie lichidă sau semisolidă. Boala poate cuprinde şi celelalte glande salivare (glandele submaxilare şi sublinguală).

Meningita urliană. Rareori (circa 10% din cazuri) copilul se plânge de dureri de cap şi varsă, dovezi ale unei iritaţii meningiene. Din fericire, meningita urliană, este, de obicei, fără gravitate şi nu lasă urme.

La băieţi la pubertate şi la tineri (14 – 25 de ani) oreionul poate atinge testiculele (*orbita*) determinând umflarea, roşirea şi o durere penibilă a acestora. Când afectează ambele testicule, poate fi urmată de sterilitate. Se recomandă repaus strict la pat, comprese reci locale şi aplicarea unui suspensor. Acesta se confecţionează dintr-o bucată de carton gros, dreptunghiular, de 15 – 30 cm, cu o scobitură în V la una din laturile mari şi căptuşit bine cu vată şi apoi cu tifon. Suspensorul se aşază pe coapsele bolnavului, iar testiculele sunt sprijinite deasupra, pe suspensor.

Pancreatita apare rar. Copilul varsă, are greaţă şi se plânge de dureri abdominale localizate în etajul superior al abdomenului. Pancreatita evoluează către vindecare totală. Se citează cazuri de diabet zaharat după parotidită.

f) Diagnosticul de parotidită epidemică este uneori greu de precizat. Se poate confunda, mai ales la început, cu tumefierea ganglionilor gâtului din cursul infecţiilor faringiene. De aceea,

diagnosticul nu poate fi precizat decât de către medic.

g) Tratament. Copilul cu oreion se izolează şi se tratează la domiciliu. Internarea se face numai în caz de complicaţii (meningită, orhită). Nu există un tratament care să distrugă virusul. Pentru prevenirea complicaţiilor, se recomandă repaus la început la pat, şi spre sfârşitul bolii în casă obligatoriu, pe toată durata bolii.

Dieta se fixează în funcţie de febră, de durerile la înghiţit şi de toleranţa digestivă. În forme ce încep cu febră mare şi dureri de gât se recomandă lichide în cantităţi mici şi repetate, la temperatura camerei (ceaiuri moderat îndulcite, supe strecurate, sucuri de fructe, zeamă de compot, lapte). Pe lângă acestea în primele 7 – 10 zile se va menţine un regim cu lapte şi derivate, vegetale, carne rasol.

Se vor evita mesele prea copioase, *excesul de grăsimi şi de dulciuri*.

Din cauza reducerii mişcărilor de masticaţie şi a febrei, în gură se poate dezvolta o candidoză, aşa că este bine ca bolnavul să bea cât mai multe lichide şi să-şi clătească gura de mai multe ori cu ceai de muşeţel, cu bicarbonat de sodiu şi/sau să se pună în gură picături de glicerină cu stamicină.

Febra, durerea şi agitaţia se combat cu: Paracetamol, Algocalmin. Împotriva neliniştii se poate administra sirop de Romergan pentru uz infantil (1 – 4 linguriţe).

În caz de vărsături, la copiii între 2 şi 5 ani, se pot administra Metoclopramid (1 ½ picături pe kg/corp/24 ore, divizat în 2 – 3 prize), cu prudenţă,

mai rar, poţiuni sau supozitoare cu Clordelazin, iar peste 5 ani supozitoare cu Emetiral pentru copii (0,005 mg).

Oreionul durează 5 – 12 zile. Copilul poate fi adus în colectivitate după 14 – 21 zile, când a dispărut tumefacţia.

În marea majoritate a cazurilor, boala se vindecă fără urmări. Copiii mici fac forme uşoare.

7.5.7. *Hepatitele virale*

Hepatitele virale sunt boli ale ficatului cauzate de virusuri. Se deosebesc trei forme clinice: *hepatita A*, *hepatita B* şi *hepatita C*. Primele două sunt cele mai frecvente.

Trebuie amintit că, pe lângă acestea se întâlnesc (rar) hepatitele produse şi de alte virusuri: Ebstein-Barr, citomegalic, herpetic (mai ales în perioada neonatală), coxsackie, febra galbenă, leptospiroza etc.

Simptomele sunt asemănătoare indiferent de virusul hepatic.

Hepatita A se manifestă de cele mai multe ori prin semne nete, acute, în timp ce hepatita B provoacă simptome mai insidioase.

Faza preicterică poate să dureze o săptămână, simptomele sunt variate şi divers asociate: febră, dureri de cap, vărsături, dureri abdominale, diaree, erupţie cutanată, urticarie, dureri ale articulaţiilor.

Ficatul este mărit de volum şi dureros la palpare.

Icterul apare în cele mai multe cazuri, însă nu este obligatoriu. Este de intensitate variabilă. Se traduce prin îngălbenirea pielii şi mucoaselor

(conjunctive etc.). Se însoţeşte de *decolorarea materiilor fecale şi de urină brună*. Durează mai puţin de 4 săptămâni.

Hepatita A

Epidemiologie şi tratament. Este cea mai frecventă şi de cele mai multe ori cu evoluţie bună. Particula virală este eliminată prin materii fecale în timpul perioadei de incubaţie (2 – 4 săptămâni) şi timp de circa 50 de zile după apariţia icterului (riscul cel mai mare al transmiterii).

Contaminarea se face pornind de la materiile fecale ale bolnavului (mâini murdare, muşte), fructe de mare, crustacee (scoici, stridii etc.) pescuite din ape murdare, alimente contaminate (fructe, zarzavaturi). De cele mai multe ori se transmite prin apă contaminată (conducte defecte, consum de apă din izvoare şi râuri murdare, apă contaminată, folosită la spălarea zarzavaturilor). Copiii şi tinerii sunt foarte receptivi. Boala conferă imunitate specifică la virusul A, nu şi la alte virusuri (B şi C).

Semne clinice. Majoritatea hepatitelor produse de virusul A la copil au o evoluţie simplă, uneori chiar fără icter. Debutul se manifestă ca un sindrom gripal însoţit de manifestări digestive (greţuri, lipsă de poftă de mâncare, vărsături). Diagnosticul este precizat de medic prin examenul ficatului (mărit, dureros) şi de investigaţii de laborator.

În forma tipică, perioada iniţială durează o săptămână, cu febră moderată, lipsă de poftă de mâncare, greţuri, vărsături, pierderea vioiciunii şi

câteodată la copiii mai mari dureri abdominale şi diaree.

În faza de stare, apare icterul care se însoţeşte de urini închise la culoare şi de scaune decolorate. Medicul constată că ficatul se măreşte şi devine dureros. Câteodată apare şi o mărire a splinei (splenomegalie). Tabloul clinic se poate completa cu o erupţie maculoasă (pete), dureri ale articulaţiilor şi uneori chiar o inflamaţie a articulaţiilor (artrită).

Evoluţie. Faza icterică a hepatitelor virale durează rareori mai mult de 4 săptămâni. Persistenţa icterului obligă pe medic să caute o complicaţie sau o altă cauză. Alterarea stării generale cu accentuarea icterului sau apariţia unei ascite (lichid în abdomen) şi/sau a unei tulburări în coagularea sângelui, corespund unei hepatite mai grave sau, în mod excepţional fulminantă. Faza de convalescenţă a hepatitei virale este variabilă şi se întinde pe o perioadă de 1 până la 3 luni. Nu evoluează spre hepatită cronică activă.

Semne de laborator. Medicul urmăreşte: creşterea bilirubinei conjugate (după cel mult 4 săptămâni revine la normal), creşterea tranzitorie a transaminazelor (constituie câteodată singurul indice al unei hepatite anicterice[23] timpul de protrombină (prelungit) poate fi rapid corectat printr-o doză injectabilă unică de vitamina K;

23 Corelaţia dintre gradul creşterii transaminazelor şi severitatea atingerii hepatice nu este bună, în afară de situaţiile în care cifrele transaminazelor depăşesc 3 000 până la 5 (XX) unităţi/litru.

formarea de anticorpi este crescută în faza acută.

Tratamentul. Potrivit legislaţiei actuale, orice caz de hepatită virală se internează în spital, unde tratamentul este fixat de către medic în funcţie de forma de boală şi de vârsta copilului.

Trebuie spus însă că s-a constatat că nu există *încă* probe că regimul alimentar restrictiv şi nici repausul riguros influenţează evoluţia pe termen scurt şi prognosticul. De îndată ce starea copilului se ameliorează, apetitul şi toleranţa digestivă revin, se va trece treptat, dar rapid la alimentaţie normală, din care însă să nu lipsească principiile alimentare de bază: hidrocarbonatele (dulciuri, făinoase, zarzavaturi, fructe etc.), proteinele (laptele, brânza de vaci, carnea, peştele proaspăt, ouăle), grăsimile vegetale (uleiul, margarina) şi animale (untul) şi vitaminele.

Prevenirea constă în formarea şi păstrarea unor deprinderi igienice ca: spălarea mâinilor înainte şi după masă, tacâmuri bine spălate şi cu folosire individuală etc. De ordin colectiv se impun: apă de băut necontaminată, closete curate şi dezinfectate zilnic, spălarea robinetelor, educarea populaţiei de a nu consuma apa din fântâni infestate, ape curgătoare, fructe şi zarzavaturi nespălate.

În primele 48 de ore de la expunere, injecţia de imunoglobuline hiperimune previne hepatita în circa 75% din cazuri. Înainte de introducerea vaccinului inactivat, o astfel de injecţie era folosită şi ca prevenire preexpunere, mai ales în caz de călătorii mai lungi de o săptămână în zone epidemice*. În prezent, se preferă vaccinarea cu*

vaccinuri disponibile. În ultimul timp vaccinarea cu vaccin an ţi-A se practică şi la noi la indicaţia medicului.

Hepatita B

Epidemiologie

Contaminarea prin virsul hepatitei B se face prin cale *sanguină* (transfuzie, injecţii), *sexuală* şi *materno-fetală* la naştere. Virusul fiind prezent în toate secreţiile, intimitatea contactelor măreşte mult şansele de transmitere. Copiii crescuţi în instituţii (casa copilului, creşe etc.), hemodializaţii (exsanguinotransfuzaţii la naştere din cauza incompatibilităţii sanguine Rh), hemofilicii şi toţi copiii care necesită transfuzii repetate prezintă riscul de a fi contaminaţi prin virusul hepatitei

B. Perioada de incubaţie este variabilă, între 3 şi 10 săptămâni; totuşi în caz de transfuzie masivă cu particule virale, incubaţia nu depăşeşte o săptămână. În ţările occidentale, cifra purtătorilor de antigen al hepatitei B (HBS) este sub 1%. La noi în ţară, prin introducerea obligatorie a seringilor de unică folosinţă şi a perfecţionării controalelor sângelui la centrele de transfuzie, hepatita virală B este în continuă scădere. Utilizarea de *globuline hiperimune* (0,5 ml/kg) este recomandată la persoanele care, prin contact sexual sau injecţie, au fost expuse secreţiilor unui purtător de hepatită B. O a doua doză este recomandată la o lună mai târziu. Imunizarea activă prin vaccin este indicată în toate grupele cu risc crescut (nou-născuţi, sugari, preşcolari, copii internaţi în instituţii pentru copii sănătoşi sau bolnavi).

Transmisiunea materno-fetală. De obicei infecţia la nou-născuţi este tipică: fără semne de boală şi evoluează, într-un mare număr de cazuri spre o formă cronică.

Virusul este transmis la mamă prin sânge şi raporturi sexuale. De aceea, infecţia este mai frecventă la familiile cu copii nelegitimi, la toxicomani, prostituate, homosexuali, parteneri sexuali ocazionali. Riscul ar fi de 5 la 10%. Nou-născutul poate să tolereze bine virusul B şi produce în mod obişnuit o antigenie în decurs de 6 la 8 săptămâni după naştere. Totuşi dacă transmiterea materno-fetală are loc în cursul celui de al treilea trimestru sau dacă mama are un profil epidemiologie de evolutivitate (HBsAg, anti-HBC, HBeAg) nou născutul poate prezenta o hepatită clinică şi, câteodată, chiar o formă fulminantă. Hepatita fulminantă poate să se observe la nou-născut în urma administrării de sânge sau de plasmă contaminată.

Toţi nou-născuţii ieşiţi din mame HBsAg pozitive trebuie deci să primească imediat de la naştere o injecţie de globuline hiperimune cu o primă doză de vaccin.

Această injecţie trebuie repetată după 4 – 6 săptămâni în cursul programului de vaccinări (3 injecţii la 1 lună interval).

Diagnosticul de hepatită B se bazează pe datele epidemiologice (mamă bolnavă, transfuzii, injecţii practicate cu instrumente nesterilizate etc.), pe semnele clinice şi mai ales pe analize serologice (antigeni HBS şi HBC şi anticorpi anti-HBS, – HBC, – HBE). În cursul hepatitei B se

produce nu numai un răspuns umoral, ci şi un răspuns al imunităţii celulare. Formarea de complexe imune poate să complice boala şi să modifice manifestările clinice. Boala se prezintă în 10 – 15% din cazuri numai ca o boală serică, fără semne clinice obiective.

La copil, boala poate îmbrăca o formă mai aparte cu febră, mărirea ganglionilor şi erupţie papuloasă a extremităţilor.

Contrar hepatitei virale A un procentaj însemnat de copii care au suferit de o hepatită virală B rămân purtători şi pot transmite boala. Atingerea ţesuturilor este de gravitate variabilă şi nu poate fi prevăzută după cifra transaminazelor.

Evoluţie şi prognostic

– *Evoluţia benignă*. Într-o foarte mare majoritate a cazurilor, există *restutio ad integrum*, cu toată severitatea aparentă a îmbolnăvirii. De notat că într-un număr oarecare de cazuri poate surveni o recădere în cursul celor de a 10-a a 12-a săptămâni de la debutul icterului.

– *Evoluţia fatală*. Într-un număr mic de cazuri (sub 1/1.000) evoluţia este fulminantă şi fatală în câteva zile sau după o deteriorare mai mult sau mai puţin rapidă, în astfel de cazuri singurul tratament este transplantul hepatic.

– *Evoluţia cronică*. Numai câţiva bolnavi cu atingere severă evoluează spre stadiul de hepatită cronică persistentă, de hepatită cronică activă.

Prevenire. În ultimul timp, la noi în ţară, toţi nou născuţii şi sugarii sunt vaccinaţi cu vaccin anti Hepatita B. De asemenea, se practică vaccinarea la grupurile cu risc crescut: copiii

îngrijiţi în creşe, grădiniţe săptămânale, hemofilicii, politransfuzaţii cu sânge, anturajul indivizilor cu HB să pozitiv, partenerilor sexuali ai persoanelor cu HBsAg pozitiv, toxicomanii şi toţi cei care călătoresc în regiuni endemice.

– *Hepatita C*

Este o boală încă insuficient cunoscută. Este bănuită când creşterea transaminazelor este foarte mare. Este produsă de un virus recent izolat.

Diagnosticul se face pe baza unui examen serologic. Anticorpii dispar în forma acută, dar persistă în infecţia cronică.

Epidemiologia nu este prea bine cunoscută; totuşi majoritatea infecţiilor par să fie asociate cu transfuziile. Această cale de transmitere poate fi eliminată prin depistarea tuturor donatorilor de sânge. Schimbul de seringi printre toxicomani implică alte căi de transmitere. Transmiterea pe cale sexuală ca şi pe cale verticală (mamă-făt) pare să existe, dar sunt rare, în comparaţie cu hepatita B.

Tratamentul nu diferă de cel aplicat în cazul hepatitei B. Interferonul este eficace în cel mult 75% din cazuri.

– *Hepatita cronică*

Se defineşte printr-o atingere inflamatorie a ficatului, a cărei evoluţie este peste 3 luni.

Debutul poate fi insidios sau să fie urmarea unei hepatite acute.

Puncţia-biopsia ficatului este fundamentală; de rezultatele ei depind diagnosticul şi tratamentul.

Hepatita cronică persistentă se manifestă prin oboseală şi lipsa poftei de mâncare. Câteodată copilul nu se plânge de nicio tulburare. Cifra transaminazelor rămâne ridicată. Volumul ficatului este mărit. Câteodată se constată subicter şi mărirea splinei.

Biopsia ficatului confirmă diagnosticul histologic. Prognosticul este bun. Nu este necesar vreun tratament. Copilul va duce o viaţă obişnuită, alimentaţia va fi normală, corespunzătoare vârstei, având grijă ca dieta zilnică să conţină proteine (carne, lactate sau peşte), hidrocarbonate (fructe, zarzavaturi, făinoase, dulciuri) şi grăsimi (unt, margarină, ulei). Regimurile alimentare restrictive sunt inutile.

Hepatita cronică activă (*agresivă*) nu are o cauză cunoscută. Virusurile B şi C sunt de obicei la originea acestei boli. De asemenea, unele medicamente au fost făcute responsabile: isoniazida etc. Câteodată este asociată cu boli „autoimune”.

Fetele sunt afectate de 3 ori mai mult decât băieţii.

Simptomele sunt: icter, oboseală, febră, lipsă de poftă de mâncare, slăbire, dureri articulare, mâncărimea pielii.

Volumul ficatului şi al splinei sunt mărite. Pe piele pot apărea steluţe vasculare, acnee.

Semnele de laborator sunt importante: creşterea gamaglobulinelor, anomalii care sunt în cadrul bolilor autoimune (anticorpii antinucleari, testul Coombs pozitiv etc.). Testul HBsAg („antigenul australian”) este uneori pozitiv.

Diagnosticul este precizat de puncţia-biopsie a ficatului.

Tratamentul este îndelungat m şi sub controlul unei clinici de specialitate.

7.5.8. Tuberculoza

Tuberculoza este provocată de un microb în formă de bastonaş, numit bacilul Koch[24] care poate infecta toate organele corpului, dar cel mai frecvent plămânii. Nu toţi copiii infectaţi cu bacilul Koch se îmbolnăvesc de tuberculoză.

Transmiterea bolii poate avea loc în apropierea copiilor cu un adult care elimină prin tuse microbul tuberculozei în mediul înconjurător (locuinţă, şcoală, lift, coridorul blocului, autobuz, tramvai, tren etc.). Alteori (rar este adevărat) sputa infectată, ajunsă pe obiecte de uz personal sau pe jucării se usucă, iar microbii se pot prinde de părticele de praf, pătrunzând prin inspiraţie în plămâni. Când copilul este contaminat, microbul străbate căile respiratorii şi produce o mică leziune pulmonară. În acest moment, dacă se face intradermoreacţia la tuberculină, aceasta devine „pozitivă”. Leziunea pulmonară însoţită de pozitivarea intradermoreacţiei poartă numele de „infecţie primară” sau „primoinfecţie”. De îndată ce reacţia la tuberculină devine pozitivă, este prudent să se facă o radiografie pulmonară. De cele mai multe ori, primoinfecţia tuberculoasă nu este manifestă, nu se însoţeşte de niciun simptom,

---

24 După numele medicului german Robert Koch (1843-1910) descoperitorul acestui microb (1882).

trece neobservată. În alte cazuri, copilul face febră (37,5 – 38 – 38,5°C) este indispus, tuşeşte, nu are poftă de mâncare, scade în greutate, devine palid.

Nu există o vârstă de predilecţie pentru primoinfecţia tuberculoasă. Se produce când un organism neatins de infecţie sau nevaccinat cu BCG este contaminat prin una din modalităţile enumerate mai sus. Efectul protector al vaccinului este considerabil.

Infecţia tuberculoasă la sugar şi chiar la copilul mic *poate* da forme grave. Primoinfecţia este inevitabilă. Dacă nu se iau precauţiile necesare (vaccinare BCG, depistare precoce, tratament corespunzător), bacilul Koch produce diseminări întinse în cei doi plămâni şi câteodată meningita tuberculoasă, forme de tuberculoză care pot pune în pericol viaţa copilului.

Este mai uşor şi mai bine să se prevină, decât să se vindece tuberculoza copilului!

A. *Prevenirea tuberculozei* se rezumă la câteva precauţiuni fundamentale:

a) Să se vaccineze cu B.C.G. nou-născutul. Rolul protector al vaccinului B.C.G. intervine la 2 luni după vaccinare.

b) Dacă în familie există bolnavi de tuberculoză, nou-născutul şi sugarul vor fi feriţi de orice contact cu aceştia: separarea copilului în altă casă; internarea în Leagănul de copii; internarea persoanei bolnave într-un sanatoriu T.B.C. Cel internat în sanatoriu nu va mai reveni în familie decât după „negativarea” sputei.

c) în orice familie în care se naşte un copil,

persoanele care au suferit în trecut de tuberculoză şi sunt „scoase din evidenţă” vor merge din nou la Dispensarul antituberculos teritorial (judeţ sau sector) pentru un control riguros.

d) Să nu se piardă din vedere posibilitatea unei contaminări din anturajul oricărui copil. Un vechi bolnav, o rudă apropiată, un vizitator întâmplător sau o persoană în vârstă cu „bronşită cronică” sunt foarte adesea sursele de îmbolnăvire a copilului. *Examenul radiologic este obligatoriu la orice persoană străina angajată să îngrijească copilul* e) *Intradermoreacţia la tuberculină* constă în injectarea în piele („intradermic”) a unei tuberculine purificate „P.P.D”. (*Protein Purified Derivative*), preparată de Institutul „Dr. I. Cantacuzino” din Bucureşti.

Intradermoreacţia la tuberculină se face în scop diagnostic de către cabinetele de ftiziologie sau de pediatrie:

– În scop diagnostic la copiii care sunt bănuiţi că suferă de tuberculoză;

– la contingentele de copii prevăzute în calendarul de vaccinări, pentru selecţionarea copiilor ce trebuie revaccinaţi cu B.C.G.

– la copiii preşcolari, cu ocazia intrării în colectivităţi;

– la orice copil în vârstă de 0-10 ani, dacă în familia respectivă sa descoperit un caz de tuberculoză;

– În mod periodic, la indicaţia pediatrului de la dispensarul T.B.C., la copiii care au în familie cazuri de tuberculoză în „evidenţa” dispensarului antituberculos;

– În cadrul examenului de bilanţ al stării de sănătate a copiilor preşcolari şi şcolari (Ordinul Ministerului Sănătăţii Nr. 182/1975), cu ocazia admiterii în colectivităţi preşcolare (1 – 5 ani) şi în cadrul acţiunilor de revaccinare cu B.C.G. în clasele I, a VII-a şi în anul al IV-lea de liceu.

B. *Interpretarea reacţiei* se face la 72 de ore, luând în considerare numai papula (ridicătura) pielii ce se simte la pipăit ca o denivelare faţă de pielea din jur; se exclud reacţiile eritematoase roşii simple. Se măsoară în milimetri cel mai mare diametru transversal al reacţiei. Reacţia la tuberculină se consideră negativă, când are o dimensiune între o şi 9 mm, inclusiv; când diametrul este de 10 sau peste 10 mm, reacţia se consideră pozitivă. Reacţia pozitivă, dacă nu este datorată unei vaccinări B.C.G. atestată prin prezenţa cicatricei, traduce o infecţie tuberculoasă. Cu excepţia virajului tuberculinic, ea nu ne informează asupra vechimii infecţiei şi a gradului de activitate a acesteia.

La copiii preşcolari cu reacţii de peste 10 mm, precum şi la elevii şi adolescenţii cu reacţii de peste 15 mm se va efectua şi un examen radiologic pulmonar, dacă nu prezintă cicatrice vaccinală B.C.G. În cazul prezenţei cicatricei vaccinale, controlul este indicat în caz de reacţie generală febrilă sau reacţie locală necrotică, flictenulară sau cu diametrul transversal peste 15 mm la preşcolari şi peste 20 mm la elevi şi adolescenţi.

Părinţii sunt datori să cunoască rezultatele testărilor la tuberculină şi să execute indicaţiile

medicale în caz de reacţii pozitive.

Controlul radiologie se efectuează prin radiografie la copiii între o şi 5 ani şi prin radiofotografie la elevi şi adolescenţi. La toţi copiii la care intradermoreacţia a fost pozitivă se va face obligatoriu un control radiologie. Depistări radiologice ocazionale se fac şi în următoarele împrejurări: trimitere în staţiuni balneare; adopţie de copii; admiterea în licee, şcoli profesionale, de ucenici, şcoli postliceale, învăţământ superior, încorporare în armată. Examenul radiofotografie ocazional are o valabilitate de 6 luni.

C. *Chimioprofilaxia tuberculoasă*, adică prevenirea bolii prin administrarea de medicamente, se face la copii şi tineri (O-20 ani) contacţi cu bolnavi de tuberculoză cu bacili Koch prezenţi în spută.

În general, se administrează izoniazidă de două ori pe săptămână, strict supravegheat de către personalul medical sanitar din unităţi (creşe, grădiniţe, şcoli, întreprinderi) sau de către cadrele dispensarelor medicale urbane şi rurale, medici de familie, asistenţi), în cazuri excepţionale (copii mici care nu sunt în colectivităţi), administrarea izoniazidei se face la domiciliu, de către personalul sanitar al Dispensarului de pediatrie sau, cu totul excepţional, de către părinţi (localităţi greu accesibile şi fără unităţi sanitare; perioade de intemperii etc.).

D. *Tratamentul* tuberculozei se face standardizat şi strict supravegheat de către personalul sanitar.

Primoinfecţia tuberculoasă, tratată cu

medicamentele actuale, se vindecă sigur, dar vindecarea completă este foarte lentă, în decurs de circa un an. Contrar a ceea ce se întâmplă în alte boli, nu se ajunge la distrugerea microbului, ci la închistarea lui în organism, unde persistă în mod nedefinit; din aceste motive reacţia la tuberculină devenită pozitivă rămâne aşa pentru toată viaţa. Bacilli astfel închistaţi pot fi ţinuţi la respect toată viaţa, aproape în toate cazurile. Câteodată totuşi dacă primoinfecţia a fost neglijată sau tratată fără destulă perseverenţă, boala se poate „retrezi” la pubertate, la adolescenţă sau în perioada de adult. Atunci ea se manifestă prin infiltrate, caverne, expectoraţie bogată în bacili Koch ce poate contamina orice persoană din jur şi îndeosebi pe copii.

Tratamentul se începe, de regulă, în unităţile spitaliceşti (sanatorii etc.), unde copilul sau adolescentul rămâne internat cel puţin 2 luni consecutiv.

În cazurile în care medicul ftiziolog hotărăşte ca tratamentul să se efectueze la domiciliu, acesta se va face de către Dispensarul de copiii, prin cadrele medii, cu colaborarea medicului de familie, cu sprijinul conştient al familiei.

Alimentaţia. Copilul va primi un regim alimentar normal, echilibrat. Nu este necesară supraalimentaţia. În perioada de sugar se continuă alimentaţia la sân. Dacă este înţărcat, se va depăşi perioada de inapetenţă prin mese mici şi repetate cu preparatul de lapte adaptat sau parţial adaptat în funcţie de vârsta copilului. Introducerea de alimente noi (sucuri, pulpa de

fructe rase, supa, pireurile, carnea, gălbenuşul de ou) se face ca şi la sugarul sănătos. Nu se va uita profilaxia rahitismului.

La copilul mai mare se va da un regim alimentar variat, pregătit cu gust, constituit din 3 mese principale şi două gustări. În alimentaţie este bine să fie zilnic: carne, lapte şi/sau derivate (brânzeturi, unt), ouă, fructe şi zarzavaturi.

Regimul de viaţă. În perioada în care copilul are febră, tuşeşte, este trist, nu simte nevoia de mişcare, se recomandă repaus la pat. De îndată ce febra scade, tusea se răreşte şi copilul recapătă vioiciunea, se indică mai întâi mişcarea în casă şi apoi scoaterea afară, dacă vremea este frumoasă (fără ceaţă, vânt sau ploaie). Se preferă plimbările prin locuri cu vegetaţie bogată. Activitatea normală se reia la indicaţia medicului. După vindecare se vor evita suprasolicitările fizice şi psihice.

Cura sanatorială care constituia pe vremuri tratamentul de bază nu mai este obligatorie. Totuşi viaţa în aer liber, la ţară, sau dacă este posibil, într-o localitate *de munte* sau *de deal* are o contribuţie însemnată în călirea organismului şi în consolidarea vindecării. În perioada acută a bolii, cura heliomarină nu este indicată.

7.5.9. Gripa (*influenza*)

Gripa este produsă de un virus respirator care poate fi de 3 tipuri: A, B şi C. Epidemiile obişnuite sunt cauzate de virusurile A şi B. Fiecare are diferite subgrupe sau tulpini. Aşa se explică de ce în fiecare an, virusul care produce majoritatea

îmbolnăvirilor de gripă este uşor diferit. Indivizii cu mare risc pentru gripe serioase sau complicate pot să facă gripă în fiecare an.

Manifestările gripei sunt următoarele:

a) creşterea bruscă a temperaturii, de obicei peste 38,3° C;

b) la copilul mic febra se însoţeşte de vărsături, iar la copilul mare de tremurături („frison”);

c) oboseală adâncă şi sfârşeală;

d) dureri musculare („mialgii”); e) tuse seacă.

După câteva zile aceste simptome se accentuează. Se adaugă dureri de gât, nas înfundat, iar tusea devine continuă, chinuitoare. Gripa poate dura o săptămână sau mai mult. Un copil care are o „răceală” simplă, banală are febră mai mică, scurgere nazală, tuşeşte rar şi are o stare generală mai bună. Copiii cu gripă, ca şi adulţii se simt, de obicei, mult mai rău şi au o stare generală mizerabilă.

Gripa se răspândeşte de la persoană la persoană, prin contact direct, prin particule eliminate prin aer (tuse, convorbire apropiată, obiecte contaminate cu virus, prin intermediul secreţiilor nazale).

La izbucnirea unei epidemii de gripă, de obicei în lunile de iarnă, răspândirea este foarte rapidă printre şcolari şi de vârstă şcolară. Virusul este transmis în primele zile de boală. La copiii care nu suferă de alte boli nu apar complicaţii serioase. Rareori se pot produce secundar infecţii ale urechilor (febră, dureri locale) sau pneumonii (tuse frecventă, febră persistentă, alterarea stării

generale). În astfel de cazuri trebuie chemat medicul. Foarte rar poate să apară o complicaţie gravă (sindromul Reye), care însă este favorizat de administrarea în doze mari de aspirină.

Tratament. În momentul în care copilul nu se simte bine se recomandă repaus la pat, administrarea de multe lichide (ceai de tei, compoturi, suc de fructe, supă, lapte diluat), mese dese şi uşoare, camera aerisită. Se combate febra cu Paracetamol (supozitoare, siropuri sau tablete) sau Nurofen în funcţie de vârsta copilului, vitamina C în doză mai mare şi se pun picături în nas cu ser fiziologic. Se combate tusea cu antitusivele ce se pot da la vârsta copilului bolnav. Nu se dă aspirină!

Prevenire.

a) Nu se sărută copilul pe gură sau în jurul gurii;

b) copilul trebuie învăţat să folosească o batistă curată când tuşeşte sau strănută;

c) toţi cei ce vin în contact cu copilul se spală pe mâini înainte şi după îngrijirile date;

d) obiectele personale ale copilului bolnav se spală cu apă fierbinte şi săpun;

e) paharele, periuţa de dinţi şi prosoapele sunt individuale.

Există vaccinuri contra gripei: vaccinurile recomandate de medici şi instituţiile de sănătate sunt considerate sigure, eficace şi cu efecte secundare mici. De ştiut însă că marea majoritate a copiilor tolerează destul de bine gripa.

Grupele de copii cu vârsta de peste 6 luni, cu risc, includ pe cei suferinzi de: boli pulmonare

cronice, boli de inimă, diabet, boli renale cronice, SIDA simptomatică, bolnavi ce primesc tratamente prelungite cu aspirină (artrita reumatoidă).

7.6. Boala diareică acută

Sinonime: diaree acută, enterită acută, enterocolită acută, tulburare digestivă acută.

Definiţie. Prin diaree acută se înţelege o îmbolnăvire digestivă, care apare brusc, caracterizată prin pierdere de lichide şi scădere în greutate, determinate de: scaune lichide şi numeroase, poftă de mâncare scăzută sau dispărută şi J sau vărsături. Diareea este provocată în majoritatea cazurilor de o infecţie virală, mai rar microbiană. Ideal este să se caute cauza diareii prin coprocultură; în familie uneori este greu de practicat o astfel de investigaţie de laborator. Diareea survine uşor la copil când condiţiile de mediu sunt nefavorabile (fără apă curentă, fără frigider, vase spălate necorespunzător) sau familia, şi îndeosebi mama, nu respectă regulile de igienă corporală (*nu se spală de mâini*!).

Diareea începe în general cu *anorexie* (lipsă se poftă de mâncare), *modificarea comportamentului* (trist sau agitat) şi/sau 1 – 2 *vărsături*, curând apar *scaune „diareice*”, peste 3 în 24 de ore; moi („lichide sau semilichide”) de culoare galbenă-verzuie, verde sau maroniu; cu grunji albi de formă neregulată şi mari cât un bob de mei până la un bob de mazăre, uneori cu alimente nedigerate. Între grunji se observă

mucozităţi, fâşii de culoare alburie care dovedesc iritaţia peretelui intestinal. Apariţia sângelui şi/sau puroiului demonstrează o cauză infecţioasă mai gravă. Alteori scaunele sunt mai apoase, cu resturi mici de materii fecale. *Mirosul* este puturos respingător, de putrefacţie, mai rar de acru. *Eritemul fesier* însoţeşte de obicei diareea sugarului şi copilului mic. *Vărsăturile* reprezintă un alt simptom al diareii. În multe cazuri, boala se anunţă cu 1 – 2 vărsături. Este un semn neobligatoriu, dar important şi de temut. Când sunt frecvente şi abundente, alimentarea copilului devine dificilă şi uneori imposibilă, antrenând pierderi mari de apă şi electroliţi (sodiu şi potasiu) cu repercusiuni grave asupra metabolismului general al organismului. *Colicile* (durerile abdominale) se manifestă prin nelinişte, ţipete, frecarea călcâielor; la copiii mai mari durerile se accentuează înainte şi în timpul eliminării fecalelor. Ei pot avea *tenesme*, care sunt resimţite ca o tensiune dureroasă cu senzaţie de arsuri şi dorinţa continuă de a merge la closet.

În *formele grave*, abdomenul sugarului se umflă, devine destins, „tare” (ca urmare a acumulării de gaze în intestin, formate prin procese patologice de fermentaţie), cu tulburarea tranzitului intestinal (mişcările intestinului devin slabe, ineficiente; muşchii peretelui intestinal „paralizează”). Este ceea ce se numeşte *meteorism abdominal* semn de mare gravitate, ce impune internarea de urgenţă a copilului în spital. *Scăderea în greutate* este un semn obiectiv de mare preţ, demonstrând în primul rând

deshidratarea (pierderea de lichide şi electroliţi) şi mai puţin slăbirea (care apare când diareea se prelungeşte). Aprecierea scăderii greutăţii se face prin cântărirea zilnică. Semne de deshidratare acută gravă ce pot fi sesizate şi de mamă sunt: *uscarea pielii, buzelor şi a mucoasei gurii*; *micţiuni rare* cu urină puţină, *deprimarea fontanelei* („moalele capului"), în formele grave – *persistenţa cutei pielii* („pliului cutanat"), atunci când adultul prinde între degetele sale o cută de piele şi ţesut gras de pe abdomenul copilului. *Starea generală* în formele uşoare se menţine bună. Copilul este vioi, se mişcă şi se joacă, se manifestă faţă de adulţi ca şi mai înainte, primeşte bine lichidele. Nu sunt motive de îngrijorare.

În formele medii intervine o modificare oarecare în comportamentul copilului. Sugarul este mai trist, se mişcă mai puţin, este mai palid, primeşte numai unele lichide (apă, ceai). Copilul mai mare îşi pierde din vioiciune, nu se mai joacă, mănâncă mai puţin şi „pe alese", uneori acuză dureri „de burtă", are greţuri.

Informele grave, sugarul devine somnolent, „zace" tot timpul, faţa este inexpresivă, dispare jocul mimicii la vorbele, zâmbetul şi mângâierile mamei. Faţa este palidă, apoi palidă-cenuşie, cu „cearcăne" în jurul ochilor (care se „înfundă" în orbite, devin inexpresivi). Refuză să primească vreun aliment, sau varsă la orice tentativă de al alimenta.

Febra poate lipsi. De obicei este moderată, în jur de 38°C. Este mare atunci când diareea a survenit odată cu un „şoc caloric" sau când copilul

nu primeşte lichide suficiente („febră de sete”); de obicei febra dispare odată cu rehidratarea. Apariţia la început şi persistenţa în tot cursul bolii are semnificaţia de infecţie severă. Dacă febra (prin transpiraţie şi respiraţie), vărsăturile şi diareea se menţin, riscurile de deshidratare sunt mai mari.

7.6.1. Supravegherea unui copil cu diaree

Dintre regulile de bază amintim:

– Se vor respecta, cel puţin acum, cu rigurozitate *regulile de igienă*; spălarea mâinilor cu apă şi săpun; spălarea vaselor cu apă caldă şi leşie (detergenţi); colectarea separată şi fierberea rufăriei copilului bolnav; curăţenia perfectă în prepararea, păstrarea şi manipularea alimentelor.

– *Mama va nota cu meticulozitate*: *scaunele* (număr, consistenţă, culoare, conţinut); *vărsăturile* (orar, cantitate şi conţinut: culoarea galbenă este dată de bilă, iar cea neagră în „zaţ de cafea” demonstrează o stare foarte gravă); *lichidele primite* în 24 de ore; *numărul de micţiuni*, *temperatura* (termometrizarea se face rectal de 2 ori pe zi, dimineaţa şi după amiaza între orele 16,30 – 17,30); *modificările în starea generală* a copilului; *greutatea* (prin cântărire dacă sunt condiţii); urmărirea fontanelei (în deshidratare e deprimată) şi starea plicii pielii abdomenului.

Succesul tratamentului diareii copilului este în funcţie, atât de vârsta, organismul şi forma bolii copilului, cât şi de răbdarea, disciplina, fermitatea şi convingerea cu care mama instituie dieta copilului! Contrar unei concepţii greşite după care

bolnavii cu diaree şi/sau febră, se ţin nemâncaţi, trebuie întipărit în mintea fiecăruia că orice copil cu diaree trebuie să primească lichide în cantitate sporită. Indiferent de vârsta copilului, el nu trebuie forţat să mănânce. Alimentaţia cu dea sila poate declanşa vărsături şi refuzul copilului de a primi şi alte alimente. Cât de cât, se va ţine seama de unele preferinţe ale copilului; în etapa dietei hidrice (vezi la tratament), dacă refuză ceaiul îndulcit, se va da apă bună de băut la temperatura camerei; se va prefera ceaiul de plante cu care este obişnuit; apa de orez (decoctul) sau mucilagiul se vor da îndulcite etc. În caz că bolnavul refuză sau varsă este preferabil să se lase stomacul (şi copilul) în repaus de circă 1 – 3 ore şi apoi i se dau lichidele cu linguriţa. La sugar şi copilul până la 3 ani se vor da 1 – 2 linguriţe din 5 în 5 minute (= într-o oră 60 – 120 ml), iar la nevoie chiar cu pipeta. În caz că lichidele sunt primite bine, cu sete, la sugar se dau cu biberonul, iar la copilul mai mare cu ceaşca în cantitate mai mare, dar tot în porţii mici şi repetate (20… 50… 75… 100 ml). Când copilul primeşte bine şi nu varsă, se creşte porţia administrată dintr-odată şi se lărgesc intervalele pentru a da prilej copilului să se odihnească. Când copilul nu are diaree gravă, dar continuă să verse, chiar dacă cere să bea, mama va fi mai fermă şi nu-i va da absolut nimic 1 – 3 ore şi apoi se va începe cu 1 – 2 linguriţe de apă, ceai sau Gesol, date din 5 în 5 minute. La „vărsătorii de meserie”, se va administra un antivomitiv (Metoclopramid la copiii mici, Emetiral peste 5 ani şi Torecan peste 11 ani),

pe care mama să ştie să le folosească corect, cu prudenţă, toate fiind toxice. Tratamentul va fi adaptat la forma de boală; în diaree uşoară dieta hidrica nu va dura mai mult de 3 – 12 ore şi se va trece la alimente cu pectine. Trecerea la alimentaţia normală se va face în 3 – 4 zile. La sugari, la copiii cu toleranţă digestiv a redusă şi la cei cu diaree gravă, tratamentul se va face pe etape, încet, cu introducerea alimentului nou în cantităţi mai mici şi progresive.

Este necesară internarea în spital dacă: a) pierderea în greutate este egală sau peste 8% din greutatea corporală; b) au apărut semne de deshidratare: cuta făcută prin prinderea între două degete a pielii de pe burta copilului dispare încet sau persistă, fontanela anterioară este deprimată, ochii sunt încercănaţi, buzele şi limba sunt uscate; c) se instalează semne de gravitate ca: paloare cenuşie a feţei, lipsă de interes pentru mediul extern, mişcările se reduc, diareea se accentuează, vărsăturile devin frecvente; d) nu sunt condiţii de tratament: nu se pot pregăti alimente dietetice (ceai, orez fiert, morcovi fierţi, brânză de vacă etc.); e) mama nu respectă regimul alimentar corespunzător.

Tratament. A. *Sugar*. Dacă scaunele sunt moi, relativ rare, grunjoase sau muco-grunjoase: a) se înlocuieşte o masă cu ceai sau apă de orez 3% cu 5% zahăr; b) la sugarul mai mare de 5 – 6 luni masa de supă se va prepara numai cu morcovi (supă de morcovi), iar mesele de la orele 10 şi 16 vor fi de orez pasat cu 5% zahăr şi cu brânză de vacă; c) se reduce temporar concentraţia laptelui

şi a zahărului la jumătate în raport cu ceea ce primea sugarul înainte; d) laptele praf se prepară în mucilagiu de orez 3% cu 5% zahăr; iar laptele de vacă se îndoieşte tot cu mucilagiu de orez; e) sugarul mănâncă numai cât doreşte, fără să fie forţat. Completările se fac cu ceai îndulcit cu zahăr; f) la sugarul alimentat la sân se continuă alăptarea, dar se completează cu supă de morcovi sau cu mucilagiu de orez 3% cu 5% zahăr; g) reluarea diversificării (sucuri, pulpă de fructe, pireuri etc.) se va face prudent cu un singur aliment deodată, în cantităţi mici şi progresând de la o zi la alta.

În caz de diaree fără deshidratare (scaune numeroase, subţiri, semilichide sau lichide, apetitul diminuat sau absent vărsături) tratamentul se face pe etape, introducând orice aliment nou cu prudenţă, în cantităţi mici şi progresive. Dacă se obţin ameliorări rapide, etapele se vor scurta pentru a se trece cât mai repede ia alimentaţia naturală, evitând astfel înfometarea copilului. Se începe cu *dieta hidrică* (pauza digestivă, dietă de foame). Se opreşte întreaga alimentaţie anterioară şi se oferă sugarului apă fiartă şi răcită, ceai de plante (anason, chimen, muşeţel, tei sau mentă), îndulcit cu 10 linguriţe de zahăr rase la 1 litru sau Gesol1. Se începe cu câte 25 – 50 nil (5 – 10 linguriţe). Se începe cu câte 25 – 50 ml (5 – 10 linguriţe) la fiecare 30 – 60 minute, dacă sugarul primeşte. Dacă boala nu este gravă sau începe să se amelioreze, sugarul va primi

Organizaţia Mondială a Sănătăţii recomandă:

GESOL (*G – glucoza*; *E = electroliţi*: *sol. = soluţie*) *care conţine*: *clorură de sodiu 3,5 g*, *bicarbonat de sodiu 2,5 g*. *clorură de potasiu 1,5 g*, *glucoza 20 g*. *Acest amestec se dizolvă în 1.000 ml apă fiartă a se începe hidratarea copilului*. *Este un amestec cu efecte excelente în tratamentul diareii*. *Copiii mai mari îl primesc mai greu*, *iar unii îl refuză categoric*.

din ce în ce mai bine aceste lichide, în aşa fel încât îi putem da mai rar şi în cantităţi mai mari 100 – 200 ml dintr-odată, însumând pe 24 de ore 150 – 200 ml lichide pe fiecare kg greutate corporală. După 6 ore, cel mult 12 ore se începe administrarea de supă de morcovi. Sugarii sub vârsta de 6 luni vor primi 24 ore supă de morcovi la toate mesele; la cei între 6 luni şi 1 an se administrează la 3 – 4 mese supă de morcovi sau pulbere de roşcove (Arobon etc.) cu 5% zahăr, iar la celelalte 2 mese orez pasat îndulcit cu zahăr. Începând din a 3-a zi, la sugarii sub 6 luni se înlocuieşte treptat supa de morcovi cu câte 20 – 25 ml de lapte la fiecare masă, de dorit cu un preparat dietetic (Milupa HN 25, Isomil, Al 110 Nestle, Humana H etc.) sau un produs de lapte praf 10% preparat în mucilagiu de orez 3% cu 5% zahăr sau lapte de vacă îndoit cu mucilagiu de ore. (3% cu 5% zahăr). Alimentul nou introdus nu va depăşi 180 – 200 ml în 24 de ore.

La sugarii mai mari de 6 luni, după ziua de pectine (supă de morcovi) şi de orez, în a 2-a – a 3-a zi se adaugă la cele 2 mese de orez pasat îndulcit, câte 40 – 60 g de brânză de vacă; iar din a 4-a zi, la masa de prânz cu supă de morcovi se

dă carne fiartă, de pasăre sau de vită (fin tocată şi amestecată cu supă). Celelalte 2 mese de supă de morcovi (dimineaţa şi seara) se înlocuiesc treptat (40 – 60 g pe zi) cu produsele dietetice mai sus citate în diareile grave, iar în cele uşoare (obişnuite), cu o „formulă” sau cu lapte praf 13,5% cu 5% zahăr. În decurs de 5 – 8 zile se ajunge astfel la alimentaţia corespunzătoare vârstei.

B. La copilul peste 1 an. Se începe cu dieta hidrică de câteva ore (Gesol, ceai de plante îndulcit cu 5% zahăr şi cu un vârf de cuţit de sare călduţ sau la temperatura camerei sau apă de orez cu 5% zahăr. La copiii care nu varsă şi apetitul este bun se poate începe direct cu dieta de pectine (morcovi fierţi şi pasaţi, Ceratonia sau Arobon 5 – 10% mere coapte); în a doua zi se dau 3 mese de pectine şi două mese de orez pasat 5% (în diareile uşoare de la început se dă şi brânză de vacă). Din a 3 a zi se poate oferi următoarea alimentaţie: dimineaţa: ceai îndulcit, pâine albă prăjită, brânza de vaci; ora 10 şi 17: orez fiert sau mere coapte (rase) cu pesmet de pâine, cu /sau fără brânză de vacă; prânz şi seara: supă de legume cu morcovi pasaţi şi orez; fidea cu carne slabă, fiartă, de vacă, de găină sau pui. În zilele următoare se creşte cantitatea de carne şi de brânză, se adaugă praf de orez, unt, pireu de cartofi, 100 – 200 g de orez cu lapte, iaurt, budinci, ou fiert, partea slabă de la şuncă de Praga, telemea de vacă, caşcaval.

Medicamente. NU se dau antibiotice decât la recomandarea medicului. Împotriva febrei se dă Paracetamol (în dozele fixate de medic). Nu se folosesc supozitoarele deoarece pot declanşa

emisiunea de materii fecale. Colicile abdominale se combat cu comprese calde stropite cu foarte puţin alcool, culcarea copilului pe burtă sau compresiuni uşoare pe abdomen, cu mâna urmând un traseu pornind din dreapta jos a abdomenului, pe sub marginea coastelor şi terminând cu flancul stâng jos. Eritemul fesier (opăreala) se combate cu schimbarea la timp a lenjeriei (după micţiune şi după fiecare scaun); lăsarea regiunii respective descoperită, în contact cu aerul; pudraj cu pulbere de talc, aplicarea de mixturi, unguente (Jecolan, Jecozin, Nidoflor). Se face baie zilnică, se colectează şi se fierb separat rufele, se păstrează riguros regulile de igienă.

7.7. Boli ale aparatului respirator

7.7.1. „Răceala”.

Se ştie că în anotimpul rece adulţii şi copiii (dar mai ales aceştia din urmă) fac mai des boli acute ale căilor respiratorii, etichetate drept „răceli”. Este greşită părerea că o simplă „răcire” a întregului corp sau/şi numai a unor segmente de corp poate provoca îmbolnăvirea. Rolul principal în apariţia acestor îmbolnăviri îl joacă diferiţi agenţi patogeni (mai ales virusuri).

Deşi medicina teoretică are o poziţie rezervată faţă de „răceală” ca boală, recunoaşte rolul frigului în scăderea rezistenţei mucoaselor respiratorii.

Frigul determină o fragi li zare şi scăderea rezistenţei căilor aeriene. S-a putut demonstra că

irigarea şi capacitatea secretorie a mucoaselor se schimbă în mod reflex prin expunerea la frig, sistemul nervos vegetativ acţionând în mod direct asupra calibrului vaselor de sânge. Pe lângă paloarea pielii apare brusc o creştere a secreţiilor mucoasei nazale şi o îngustare a calibrului bronhiilor. Scăderea irigării cu sânge a mucoaselor respiratorii determină scăderea capacităţii de apărare, favorizând apariţia infecţiilor (agenţii patogeni pot leza mai uşor epiteliul respirator).

Cauzele infecţioase. Cele mai multe infecţii respiratorii sunt determinate de virusuri (virusul gripal cu numeroase tipuri, virusul adeno-faringo-conjunctival etc.). Apariţia lor este *favorizată* de factori ca:

a) numărul de persoane ce locuiesc într-o cameră;

b) microclimatul (aer viciat, aburi, gaze de sobă, fum de ţigară) din locuinţă;

c) aglomeraţia din colectivităţi (creşe, grădiniţe, şcoli etc.);

d) expunerea copilului la contagiune în locuri aglomerate (magazine) sau mijloace de transport în comun. De aceea, infecţiile respiratorii se răspândesc foarte uşor în familii sau colectivităţi. Când apare o infecţie, mulţi părinţi nu se gândesc deloc la aceşti factori, dimpotrivă, acuză de obicei ori „curentul” ori, „răceala” de orice natură.

Inflamaţia mucoaselor respiratorii ocupă primul loc în patologia sugarului şi copilului mic. Deşi un guturai evoluează de cele mai multe ori favorabil şi o tuse nu înseamnă totdeauna că are

ca substrat o îmbolnăvire serioasă, trebuie subliniat că aceste două manifestări influenţează mult starea generală a copilului. Se va acorda o atenţie deosebită infecţiilor banale ale mucoasei respiratorii (care se tratează de cele mai multe ori cu mijloace casnice simple), cât şi numeroaselor lor complicaţii. Aşa-numitele „răceli” au o importanţă socială deosebită. Ele deranjează familia atunci când copiii se îmbolnăvesc unul după altul. Adesea se îmbolnăvesc şi părinţii. Uneori nu poate fi evitată internarea în spital. Fraţii mai mari sunt factori de răspândire a bolii lor. Ei aduc în familie germenii din grădiniţă sau şcoală. Mucoasa respiratorie reprezintă nu numai poarta de intrare pentru germeni, dar tot de aici, prin strănut, tuse sau în timpul vorbirii, germenii sunt răspândiţi în jur.

7.7.2. *Rinofaringita* acută

Prin rinofaringită se înţelege inflamaţia mucoasei nasului (din limba greacă: *rhis*, *rhinos* = nas) şi a mucoasei faringelui (din limba latină: *pharuna*, *pharungos* = gât). Este boala cea mai frecventă dintre afecţiunile aparatului respirator la copil. Este provocată, în marea majoritate a cazurilor, de virusuri. Rinofaringita începe cu febră, care poate dura câteva zile. Apetitul scade, vioiciunea dispare, respiraţia devine mai frecventă, apare tusea; somnul este agitat. Dacă infecţia cuprinde laringele, tusea se accentuează, vocea devine răguşită, respiraţia greoaie. La început nu se constată secreţii nazale, dar copilul respiră cu gura deschisă şi mănâncă greu din cauza edemului mucoasei nazale, care determină

o micşorare a calibrului căilor nazale. Ulterior pot apărea secreţii care se scurg pe peretele posterior al faringelui. Faringele copilului este roşu. După 3 – 4 zile persistă numai guturaiul şi tulburările legate de secreţia nazală; tusea devine rară şi productivă („grasă”). Eventualele complicaţii sunt: faringita bacteriană, traheobronşita, otita sau bronhopneumonia.

Tratament. Primul gest din partea mamei este să combată febra: administrare de lichide, supozitoare sau sirop cu Paracetamol, supozitoare cu Algocalmin etc., mijloace indicate la pagina 266. În acelaşi timp, va fi chemat medicul, care va adapta tratamentul în funcţie de forma pe care o îmbracă boala la copilul respectiv. La început, în majoritatea cazurilor nu este necesar decât un tratament simptomatic (combaterea febrei, liniştirea copilului, dezobstruarea căilor respiratorii superioare). Instilaţiile nazale (picăturile în nas), atât de apreciate de unele mame, nu se vor face decât la indicaţia strictă a medicului şi pe termen de câteva zile. La sugar nu se folosesc picăturile uleioase. Nici curăţirea cu tampoane de vată sau comprese sterile nu se mai recomandă de către mulţi medici, deoarece s-a constatat că prin aceste manevre se pot leza şi infecta mucoasa nazală. Mai eficiente sau dovedit picurarea de ser fiziologic simplu şi aspirarea secreţiilor cu o pompă sau pară de cauciuc. Este o greşeală a părinţilor de a administra antibiotice din proprie iniţiativă.

Alimentaţia sugarului cu rinofaringită se va face ţinând seama de câteva reguli: *a*) dacă

apetitul copilului nu s-a schimbat, se va menţine alimentaţia obişnuită (numărul, orarul şi conţinutul meselor); *b*) dacă sugarul refuză alimentaţia, nu va fi forţat să mănânce, ci se vor da de multe ori pe zi, cantităţi mici şi repetate de ceai sau de lapte diluat; c) se vor da lichide din abundenţă (ceai, sucuri de fructe sau chiar numai apă simplă); *d*) dacă varsă, se vor administra sedative şi se va da alimentaţia cu prudenţă şi răbdare: mese fracţionate, în cantităţi mici, date cu linguriţa sau chiar cu pipeta.

Camera în care este ţinut bolnavul va avea o temperatură convenabilă în jur de 21 °C, constantă în tot cursul zilei şi atmosferă umedă.

Un mijloc eficient în combaterea febrei mari îl constituie „împachetările" cu scutece îmbibate cu apă rece de robinet fie parţiale (de la glezne până deasupra genunchilor), fie generale de la umeri până la glezne (ultimele se fac cu prudenţă).

În cazul în care febra creşte şi se menţine, tusea se accentuează, apetitul dispare şi apar unele manifestări alarmante ca: geamăt, respiraţie greoaie, agitaţie sau somnolenţă, vărsături sau diaree etc., va fi consulat de urgenţă medicul.

7.7.3. Anginele acute (amigdalitele acute)

Prin angină se înţelege infecţia sau inflamaţia acută a gâtului, localizată la amigdale sau predominant la nivelul lor. De aceea, termenul folosit, de obicei, atât de medici cât şi de părinţi, este cel de amigdalită acută. Amigdalele devin roşii şi umflate (angină roşie sau eritematoasă) şi

pot fi acoperite de „puncte albe” sau de un depozit alburiu mai întins: angină (amigdalită) cu puroi, pultacee (sau „albă”). Amigdalitele sunt produse de virusuri sau de bacterii. Dintre ultimele sunt mai frecvente: streptococul şi stafilococul. Unele categorii de streptococ pot determina diferite complicaţii, dintre care sunt de temut: reumatismul articular acut, boli renale, supuraţii ale ganglionilor submaxilari. De aceea părinţii nu vor trata anginele prin mijloace simple; este vorba de boli serioase care necesită un tratament medical.

a) *Angina roşie sau eritematoasă de origine virală* se însoţeşte în general de o iritaţie difuză a gâtului şi traheei, cu tuse şi adesea cu răguşeală. Uneori se observă concomitent: roşeaţa conjunctivelor, mărirea unor ganglioni, dureri musculare.

Anginele provocate de virusuri nu necesită tratament cu antibiotice, ci numai combaterea febrei, tusei şi agitaţiei. Anginele virale apar de obicei la preşcolari şi şcolari. Debutul bolii este mai puţin brusc, de multe ori cu febră mai mică (37 – 38°), cu tuse seacă, cu voce voalată sau răguşită. Fundul gâtului (inclusiv amigdalele şi peretele posterior) este roşu, cu sau fără depozite de puroi. Ganglionii laterali ai gâtului se măresc puţin, nu sunt dureroşi. De multe ori, la copiii mari anginele se însoţesc de dureri de cap, dureri musculare, oboseală, lipsă de poftă de mâncare, vărsături; uneori, la sugari determină convulsii.

b) Angina roşie bacteriană (*amigdalita eritematoasă* acută), mai ales cea produsă de

streptococ, se însoţeşte de dureri la înghiţit, de mărirea ganglionilor submaxilari, de multe ori de febră şi de modificarea stării generale.

Uneori se adaugă dureri de cap şi tulburări digestive (vărsături, inapetenţă). Dacă sunt condiţii, în caz de angină roşie este necesar să se efectueze o hemogramă şi un examen al exsudatului faringian, pentru a se depista germenii care au produs boala.

c) *Angina albă* (*angina pultacee*, *angina eritemato-pultacee*, *amigdalita pultacee*) reprezintă un stadiu mai înaintat al unei angine roşii. Se caracterizează prin apariţia, pe suprafaţa amigdalelor, a unor puncte albicioase (exsudat fibrinos). În cazul în care aceste puncte albicioase sunt numeroase, ele se pot uni între ele, acoperind întreaga suprafaţă a amigdalelor. Această formă este numită amigdalită pseudomembranoasă (cu false membrane). Este produsă de streptococ sau stafilococ şi mai rar de alţi microbi (pneumococ etc.).

De obicei boala se însoţeşte de febră mare (39 – 40°). La început unii copii se plâng de dureri de cap, uneori de dureri abdominale, varsă. În zilele următoare se adaugă dureri în gât, dificultăţi la înghiţire. Amigdalele sunt umflate(*hipertrofie*), uneori cu suprafaţa neregulată (criptice), roşii, acoperite cu depozite albe. Limba este de cele mai multe ori alburie.

Anginele bacteriene necesită tratament antiinfecţios. În general, tratamentul indicat este următorul:

a) Repaus în casă, pe toată durata cât copilul

are febră şi încă 2 – 3 zile după scăderea febrei, *b*) în perioada cât se simte rău, este febril, se plânge de dureri în gât sau refuză să mănânce, obiectivul principal este să i se dea lichide la temperatura camerei, în cantităţi mici şi repetate: ceaiuri de plante (muşeţel, tei, chimen, anason) îndulcite cu zahăr, compoturi, apă simplă, sucuri de fructe, diluate şi îndulcite, supe, ciorbe strecurate, lapte, iaurt. Dacă bolnavul acceptă şi tolerează: fructe, legume fierte cu puţin unt, pireuri, pâine, carne rasol, biscuiţi, budinci. Odată cu scăderea febrei şi ameliorarea stării generale se va trece la alimentaţia normală, c) în caz de angine bacteriene (de cele mai multe ori streptococice sau stafilococice), antibioticul de alegere este penicilina, în dozele şi durata fixate de medic. În formele grave, la copiii mici, la bolnavii care varsă sau refuză medicamentele pe gură, precum şi la copiii ai căror părinţi nu au disciplina şi talentul de a putea da medicamentele pe gură, se va administra penicilina injectabilă. Penicilina V este eficientă, dacă se administrează în doze corespunzătoare, pe toată durata prescrisă de medic. În caz de alergie la penicilină, se va da eritromicină. *d*) Se va combate febra cu: supozitoare Paracetamol. Se dau lichide din abundenţă. În caz de febră mare se fac împachetări umede care să cuprindă fie gambele, fie corpul copilului de la umeri până la genunchi, *e*) La copiii mai mari se pot da dezinfectante locale ca Faringosept (1 – 3 comprimate de supt pe zi); f) Pentru prevenirea apariţiei de candidoze (prin antibiotice, reducerea secreţiei salivare etc.),

copiii mai mari se vor clăti în gură de mai multe ori pe zi cu ceai de plante cu adaos de bicarbonat de sodiu. În caz că apar zone de muguet, tratamentul va cuprinde, pe lângă spălături bucale, instilaţii cu glicerină cu Nystatin. Badijonajul cu albastru de metilen nu se mai recomandă ca tratament al amigdalitelor.

Greşeli. Părinţii subapreciază adesea cauzele şi complicaţiile anginelor acute. Mulţi „tratează" din proprie iniţiativă infecţiile gâtului (de multe ori cu Tetraciclină, mai nou cu Cotrimoxazol, Septrin, Biseptol), care nu au niciun efect asupra streptococului hemolitic, infecţia de temut a copilului!), alţii refuză să facă tratamentul prescris sau, în sfârşit, de multe ori se întrerupe tratamentul de îndată ce a scăzut febra.

7.7.4. Hipertrofia amigdalelor şi vegetaţiilor adenoide

Amigdalele sunt două formaţiuni limfatice, ce se văd în fundul gâtului la toţi copiii. Toate elementele limfoide ale gâtului, ca şi întreg ţesutul limfatic al organismului (ganglionii submandibulari şi latero-cervicali, axilari, inghinali sau din alte zone profunde ale organismului), se măresc, de obicei în cursul unei infecţii acute şi mai ales dacă infecţiile se repetă sau se prelungesc (devin „cronice"). Anterior, am arătat că cele două amigdale sunt interesate, de obicei, în anginele acute, folosindu-se curent termenul de amigdalită acută. Pentru infecţia amigdalitei faringiene şi a micilor elemente limfoide din jur se foloseşte termenul de

adenoidită. Hipertrofia lor prin infecţie cronică poartă numele de vegetaţii adenoide (greşit spus şi „polipi”).

7.*7.5. Vegetaţiile adenoide*

Orice rinofaringită acută se însoţeşte şi de inflamaţia acută a vegetaţiilor adenoide. Febra cauzată de inflamaţia vegetaţiilor este de obicei moderată, 37°-38°38,2° C, mai crescută dimineaţa decât seara. Această „febră de tip invers”, descrisă clasic, nu se întâlneşte însă în toate cazurile de adenoidită acută. Respiraţia nazală este zgomotoasă, dificilă, uneori imposibilă din cauza secreţiilor care se acumulează în fosele nazale. Pe lângă combaterea temperaturii, se recomandă instilaţii cu soluţii care să fluidifice secreţia (ser fiziologic) sau să reducă congestia (ser fiziologic efedrinat 0,5 – 1%). De un real folos sunt aspiraţiile secreţiilor cu o pompiţă mică, la nevoie cu o pară mică de cauciuc. Curăţirea cu tampoane de vată duce adesea la suprainfecţii.

Vegetaţiile adenoide se pot mări atât de mult, încât pot obstrua comunicaţia dintre nas şi gât. Împiedicând scurgerea secreţiilor. Sugarii prezintă mari dificultăţi la supt. Copiii de orice vârstă respiră mai mult pe gură, zgomotos, sforăind în timpul somnului, vorbesc pe nas. Într-un stadiu mai avansat dorm şi respiră numai cu gura deschisă. Copiii prezintă aproape tot timpul guturai, au nasul înfundat; unii dintre aceştia se îmbolnăvesc uşor de otite, chiar pneumonii. La aceştia, în urma unui consult dintre pediatru şi un specialist în oto-rino-laringologie infantilă, se

hotărăşte momentul intervenţiei operatorii. Trebuie precizat însă că operaţia de vegetaţii nu rezolvă pentru totdeauna problema tulburărilor de respiraţie nazală: *a*) de multe ori vegetaţiile adenoide se „refac” (chiar dacă au fost corect operate); *b*) unii copii continuă să respire pe gură pentru că aşa sau obişnuit; c) la alţii există un defect congenital de conformaţie anatomică a nasului, faringelui şi/sau laringelui, care-i împiedică să respire normal; *d*) menţinerea copilului într-un mediu cu potenţial infecţios mare (internări prelungite sau repetate în spital etc.) întreţine catarul nasului şi faringelui; *e*) persistenţa altor cauze ce pot duce la tulburări ale respiraţiei: alergia, sinuzita, amigdalitele, bronşitele etc.; *f)* trebuie să se asigure copilului un mediu înconjurător favorabil: camera bine aerisită, nu supraîncălzită; viaţa în aer liber; evitarea excesului de îmbrăcăminte; gimnastică respiratorie. Pe lângă acestea, un rol important în profilaxia adenoiditei îl au: alimentaţia corectă şi vitaminizarea susţinută.

Hipertrofia amigdalelor, izolată, în absenţa infecţiei, nu constituie, în afară de rare excepţii, o indicaţie de intervenţie. Extirparea amigdalelor ar fi urmată aproape totdeauna de poluarea microbiană a elementelor limfoide faringiene. Indicaţia de a se face amigdalectomie se stabileşte, nu la dorinţa părinţilor, ci în urma unui consult dintre specialistul otorinolaringolog şi pediatrul care cunosc bine copilul.

7.7.6. Otitele

Prin otită medie se înţelege inflamaţia urechii medii, în orice otită există şi tulburări de ventilaţie ale trompei (un canal de comunicare între urechea medie şi faringe ce poartă numele de trompa lui Eustachio). La sugari şi copilul mic, cele două trompe sunt largi, scurte şi orizontale, ceea ce favorizează propagarea infecţiei din faringe spre urechea medie. Sugarii stau mai mult culcaţi, aşa că secreţiile stagnează în faringe în zonele celor două orificii ce fac legătura cu trompele. Vegetaţiile adenoide întreţin de multe ori o inflamaţie a faringelui şi, secundar, propagarea procesului inflamator, prin trompă, la urechea medie. Terenul unor copii (distrofia, alergia, hipovitaminozele) sau unele boli (scarlatina, rujeola, gripa) favorizează instalarea otitei. Urechea medie participă totdeauna la o rinofaringită acută (microbiană şi mai ales virală), dar nu se manifestă totdeauna prin semne clinice. Infecţiile bacteriene întreţinute de un drenaj insuficient prin trompa lui Eustachio sunt cauza unei inflamaţii cu puroi.

Otita medie poate fi cataralĕ (*congestivă*) *şi purulentă*. Durerile pot fi variate, de la moderate până la foarte violente; de multe ori survin brusc. Sugarul este agitat, adesea ţipă, îşi mişcă mereu capul. Copilul mai mare îşi duce mâna la urechi. Febra nu este totdeauna prezentă. Dacă se apasă zona din jurul urechii şi mai ales „tragus”-ul pavilionului urechii, copilul dă semne de durere, uneori ţipă. Toate aceste semne sunt relative. Diagnosticul este precizat numai de medicul specialist O.R.L. Alteori, confirmarea

diagnosticului de otită se face prin supuraţia urechilor (scurgerea puroiului în urma perforării spontane a timpanului).

Tratament. Simpla inflamaţie a timpanului (fără alt simptom) în cadrul unei infecţii a faringelui şi nasului nu necesită vreun tratament special. La sugarul eu trofic, hrănit la sân, cu un tratament precoce, corect, al rino faringitei nu se ajunge la otită. În caz de otită manifestă se indică:

a) *Administrarea de antibiotice fixate de medic în doze mari şi pe o perioadă lungă de circa 10 – 14 zile*. Tratamentul incomplet (doze mici, durată scurtă, administrare neregulată) duc la cronicizare sau/şi complicaţii.

b) *Combaterea febrei şi durerii* se face cu Paracetamol, Algocalmin în doze fixate de medic, în funcţie de vârsta copilului, c) *Compresele calde şi uscate* (săculeţ cu sare sau cu mălai cald) au un efect de calmare.

d) *Administrarea de picături în nas* cu vaso-constrictoare (ser fiziologic efedrinat la sugari şi antepreşcolari, Bixtonim la copiii mai mari) şi aspirarea secreţiilor nazale.

e) *Timpanotomia* (*paracenteza*), adică perforarea timpanului cu un bisturiu special se practică în cazurile supraacute cu bombarea timpanului sau în cazurile mai vechi; paracenteza asigură drenajul puroiului în afară, ceea ce contribuie în mare măsură la vindecarea otitei (adesea fără asociere de antibiotice). *Trebuie spus*, *pentru liniştirea mamelor*, *că timpanotomia nu duce la surditate*.

f) *Picăturile ce se pun în urechi* pentru

calmarea durerilor pot fi utile, dar fac ulterior dificil examenul urechii de către specialistul O.R.L.

g) *îngrijirile generale*: alimentaţia corectă, vitaminizarea, aerul curat, evitarea unei alte infecţii, *h*) în caz de otită medie supurată se practică *spălaturi auriculare*.

Complicaţii. Otita nediagnosticată la timp sau tratată incorect se poate complica cu otită cronică sau cu mastoidă, care necesită îngrijiri prelungite de specialitate, uneori intervenţie chirurgicală.

7.7.7. *Laringita acută*

Este una din bolile de temut la sugar şi copilul mic şi se tratează în spitale bine dotate. De aceea, părinţii sunt datori ca, la apariţia unor semne alarmante de suferinţă a laringelui, să apeleze la medic.

Evoluţia unei laringite este de neprevăzut. Se manifestă prin: *tuse aspră* sau lătrătoare; *voce voalată* sau răguşită, rar stinsă; *cianoză* (învineţire) a feţei; intensitatea, întinderea şi persistenţa cianozei dovedesc gravitatea; *bătăi frecvente ale inimii*; *agitaţie*, ce poate fi înlocuită ulterior, dacă boala se agravează, cu somnolenţă, toropeală; *tiraj* (depresiunea deasupra sternului, apoi sub coaste, ce apare ritmată de mişcările inspiratorii); *comaj* (un zgomot ce apare în inspiraţie şi care corespunde trecerii aerului prin conductul îngustat al laringelui); *senzaţie de sufocare*.

În evoluţia unei laringite pot surveni agravări neprevăzute.

Tratamentul medical poate aduce o rezolvare

rapidă a multor cazuri, dar unele forme supraacute pot ajunge la moarte; numai intubaţia sau traheotomia pot să evite sfârşitul fatal în astfel de cazuri. Părinţii trebuie să ştie că inflamaţia laringelui sugarului şi copilului mic (din cauza calibrului îngust şi a predispoziţiei sale de a face uşor un spasm) poate pune în pericol viaţa copilului prin asfixie. Datoria lor este să apeleze de îndată la medic sau în caz de semne alarmante să transporte de urgenţă copilul la o clinică de oto-rino-laringologie sau de pediatrie, dotate cu servicii de terapie intensivă şi reanimare. Până când copilul trece în grija medicului, se recomandă următoarele:

a) *se combate febra copilului cu supozitoare* de Paracetamol sau de Algocalmin.

b) *în jurul gâtului se vor pune comprese calde uscate sau umede* (dar stoarse bine) schimbate des, având grijă să nu ardă pielea copilului; nu se înmoaie în spirt, deoarece vaporii de alcool, inhalaţi pe nas şi gură, pot duce la intoxicaţia copilului cu alcool; compresele calde au adesea un efect salutar; c) *Camera va fi bine aerisită cu atmosferă nu prea uscată*. Se va deschide fereastra şi copilul va fi dus în faţa ferestrei. Aerul curat, proaspăt, are un efect de netăgăduit; unele laringite acute se ameliorează de îndată ce copiii sunt scoşi afară sau în timpul transportului spre spital.

d) *Poziţia care uşurează respiraţia copilului* este cu capul ţinut în extensie, sprijinit pe ceafă.

După ce a ajuns la spital, tratamentul cu antibiotice, oxigen, corticoizi în doze mari,

intubaţia, perfuzia endovenoasă şi la nevoie traheotomia, fac parte din arsenalul cu care se luptă împotriva formelor grave.

Bronhopneumonia este afecţiunea pulmonară specifică perioadei de sugar. Constă dintr-o inflamaţie acută a bronhiilor mici, determinată de virusuri sau de microbi. Boala poate apărea dintr-odată, dar de cele mai multe ori este precedată de o rinofaringită acută. Semnele care ne fac să ne gândim la o bronhopneumonie sunt:

a) *febra* mare (38,5 – 40°); la prematuri şi distrofici poate lipsi;

b) *respiraţie* accelerată, greoaie, cu geamăt şi bătăi ale aripilor nasului; în cazurile grave apare cianoza (învineţire în jurul gurii şi nasului); c) tusea este frecventă, survine atât ziua cât şi noaptea, este puternică, uscată şi chinuitoare;

d) *inapetenţă*; e) *starea generală* este alterată (copilul zace, este palid; câteodată este somnolent, absent, alteori agitat).

Orice bronhopneumonie necesită un tratament de urgenţă şi intensiv. De aceea, mama va face tot ce este posibil să ajungă la un medic sau la Spitalul de copii teritorial unde se pot acorda îngrijiri corespunzătoare (antibiotice, oxigen, susţinerea funcţiilor vitale ale organismului). Până la sosirea medicului sau internarea în spital, mama va lua următoarele măsuri:

a) va fixa copilului o poziţie care să-i uşureze respiraţia: cu capul ridicat, uşor dat pe spate şi cu căile respiratorii superioare eliberate de secreţii;

b) va fi ţinut într-o cameră bine aerisită,

eventual în apropierea ferestrei deschise;

c) va administra supozitor de Paracetamol;

d) va da lichide din belşug (ceai de tei zaharat, apă simplă); se va combate febra.

Evoluţia şi prognosticul acestei afecţiuni grave a sugarului sau îmbunătăţit mult cu posibilităţile actuale de tratament.

7.7.8. Bronşita acută

Ca şi traheita, bronşita acută însoţeşte sau este consecinţa unei rinofaringite acute. Se întâlneşte la copilul mai mare. Este produsă de virusuri sau microbi, favorizată de poluarea aerului (fum, gaze, substanţe de uz casnic etc.). Starea generală a copilului este în general bună. Febra este moderată. Tusea, la început „seacă", iritativă, devine repede „grasă", productivă. Copiii sub 7 ani nu ştiu să expectoreze, aşa că înghit secreţiile ajunse prin tuse la nivelul faringelui. Tusea este adesea frecventă, chinuitoare, cu senzaţie de jenă şi chiar durere la nivelul sternului. Durează 6 – 10 zile. Medicul precizează diagnosticul.

Tratamentul este asemănător cu al rinofaringitei. Antibioticele se indică numai în caz de infecţie bacteriană dovedită. Calmantele tusei se recomandă cu prudenţă, pe perioade scurte. Regimul alimentar este normal.

7.7.9. *Pneumonia*

De multe ori, pneumonia este complicaţia unei infecţii rinofaringiene acute. Alteori boala se instalează de la început cu toate semnele specifice

bolii. Se întâlneşte mai des la copilul preşcolar şi şcolar. Poate fi produsă de bacterii, virusuri, ciuperci etc. *La sugar* începe după un uşor „guturai”, cu creşterea rapidă a temperaturii (uneori cu convulsii), vărsături, agitaţie, respiraţie zgomotoasă, rapidă, bătăi frecvente ale inimii, câteodată cianoză în jurul gurii. Tusea este un simptom constant: la început este uşoară, uscată, apoi devine frecventă, chinuitoare. Survine atât ziua, cât şi noaptea, în cursul somnului. *La copilul mai mare*, pe lângă semnele de mai sus se întâlnesc: dureri de cap (cefalee), frisoane, junghi toracic, indispoziţie, somnolenţă, delir, spaimă, uneori roşirea obrajilor. Medicul precizează *diagnosticul* prin examenul clinic (auscultaţia şi percuţia toracelui etc.) şi radiografie pulmonară. *Tratamentul* se face în condiţii corespunzătoare în spital. Până la internare părinţii vor acorda primele îngrijiri: combaterea febrei (Algocalmin sau Paracetamol, eventual învelişuri toracice reci), asigurarea nevoilor de lichide, prin cantităţi mici şi repetate, sedative şi calmante ale tusei, aerisirea camerei etc.

7.7.*10. Alergia respiratorie*

Alergia respiratorie este legată de reacţia particulară a organismului faţă de o substanţă la care a fost sensibilizat. Termenul de „alergie” înseamnă „altă reacţie”. Este vorba de o schimbare a stării de reactivitate a ţesuturilor după contactul organismului cu o substanţă străină. Această schimbare afectează promptitudinea, amploarea şi calitatea reacţiei.

Alergia este un mod special de a reacţiona, propriu anumitor indivizi.

Dintre alergenele cunoscute până acum putem cita: *unele medicamente*, *microbii*, *praful de cameră*, *fulgii*, *penele păsărilor*, *scuamele*, *părul animalelor*, *unele alimente*, *polenul florilor şi sporii mucegaiurilor*. *Subliniem că alergenii atmosferici* (*polenurile plantelor şi sporii mucegaiurilor*) *sunt cauzele multor manifestări alergice, mai ales respiratorii, la copii*. *Apariţia semnelor de alergie depinde de prezenţa sezonieră a polenurilor şi/sau a sporilor de mucegaiuri în anumite climate sau sate*. *Unii copii fac urticarii sau guturaiuri ori de câte ori sunt duşi la ţară, unde mucegaiurile gardurilor şi clădirilor vechi sau polenurile plantelor conţin substanţe alergizante*. *Prin metode moderne se poate determina cantitatea de alergeni atmosferici pentru un anumit mediu sau timp*.

TABELUL 7.2
ALERGENE OBIŞNUITE ÎN LOCUINŢE

Surse	Ce este de făcut
Animale de casă (câini, pisici, hamsteri, cobai) Nu există câini sau pisici „nealergici”, deşi unele persoane sunt mai puţin sensibile la	Nu permiteţi animale în casă. Dacă nu este extrem de alergic, copilul se poate juca afară cu ele şi acolo expunerea nu este atât de intensă.

anumite rase. Contrar credinţei populare, nu părul produce alergie; este vorba despre descuamări ale pielii care sunt însumate în saliva sau urina animalului.	
Ciuperci Ciupercile cresc afară în locuri întunecate, reci şi umede: pământ, iarbă, frunze uscate. În interiorul locuinţelor se găsesc în pivniţă, closete, poduri, mansarde, saltele vechi, perne şi pături, care nu au fost aerisite multă vreme. De asemenea cresc în coşuri împletite utilizate pentru creşterea plantelor, pe flori uscate sau pe Pomul de Crăciun.	În camerele de baie şi alte camere umede nu utilizaţi carpete sau tapete de hârtie. Asiguraţi-vă că baia are un ventilator care funcţionează. În casă înlocuiţi orice carpetă care a fost îmbibată cu apă sau uscaţi-o bine. Evitaţi utilizarea vaporizatoarelor, umidificatoarelor şi a bazinelor (sau orice alt recipient) cu apă răcoritoare. Puteţi distruge ciupercile cu diverse tipuri de dezinfectante sau aveţi grijă să le ţineţi într-un loc sigur, departe de curiozitatea copiilor. Uneori un aparat de purificat înlătură sporii şi praful de casă. Înlăturaţi arbuştii din

	casă. Pentru lucrul în grădină utilizaţi materiale neorganice. Frunzele moarte şi deşeurile de iarbă trebuie adunate şi depozitate sau înlăturate.
Praful Dacă pediatrul vă spune să scăpaţi de praful din casă, nu vă ofensaţi. În fiecare casă se găseşte ascuns prin diferite cotloane sau în lucruri ca: mobile capitonate, saltele, păsări sau animale împăiate, pături, guri de aerisire fără filtre, pene de păsări.	Înlăturaţi praful din toată casa şi îndeosebi din dormitorul copilului. Pentru început goliţi complet dormitorul şi curăţaţi-l cu grijă, înlăturaţi covorul sau mocheta şi înlocuiţi-I cu podea de lemn sau cu linoleum. Acoperiţi gurile de aerisire sau deschiderile pentru aer cu filtre din fibră de sticlă. Ţineţi un singur pat în cameră şi acoperiţi salteaua şi somiera cu huse din material plastic rezistent la praf. Faceţi o curăţenie „generală” în dormitor cel puţin o dată pe săptămână, aerisind intens în acea zi. În restul săptămânii se lasă cât mai mult ferestrele deschise. Ştergeţi praful cu cârpă umedă, în cameră să fie cât

	mai puţine lucruri cu potenţial alergogen (jucării etc.). Nu lăsaţi copilul să se joace în pod şi în zonele de depozitare şi când se face curăţenie.
Alimentele Dintre alimentele obişnuite cu potenţial alergogen pot fi: laptele, ouăle, peştele, moluştele, crustaceele, căpşunile, alunele. La copilul alergic reacţia apare în interval de o oră de la ingestie. Reacţia poate fi: erupţii ale pielii, manifestări astmatiforme.	Anunţaţi pediatrul despre alimentele care declanşează reacţii alergene pentru ca el să vă sugereze unele alternative dietetice.

7.7.11. Astmul bronşic

Astmul este o boală ce se caracterizează prin crize de dispnee (jenă respiratorie) declanşată de diferiţi agenţi sau prin exerciţii, însoţite de semne clinice de obstrucţie, total sau parţial reversibilă între crize. Obstrucţia bronşică corespunde unei creşteri subite a rezistenţelor căilor respiratorii, legată sau nu de mecanisme imunologice (definiţia

Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii). Când copilul tuşeşte sau/şi horcăie, iar respiraţia este şuierătoare (wheezing) în episoade repetate (cel puţin trei) poate fi vorba de astm.

Astmul este cea mai frecventă boală cronică a copilului, afectând circa 4,5% din populaţia sub 16 ani. În ultimii ani boala a devenit din ce în ce mai frecventă. Primele crize încep în cursul primilor 2 ani de viaţă în 10 – 50% din cazuri şi în 65 – 95% înainte de vârsta de 5 ani. Apariţia primelor crize de astm după vârsta de 10 ani este rară. În prezent astmul devine un flagel social. De apariţia alergiei şi a astmului este responsabilă în special, poluarea sub toate formele sale.

Cauze

Infecţiile. La copiii sub 5 ani infecţiile căilor aeriene respiratorii constituie factorii declanşatori cei mai importanţi. Uneori se constată o adenoidită sau o sinuzită.

Acţiunea paraziţilor intestinali este controversată.

Terenul alergic. Influenţa „terenului alergic”, adică a eredităţii, pare foarte importantă înainte de pubertate şi mai ales la copilul mic. În multe cazuri se găsesc antecedente alergice de imunoglobuline E faţă de unii alergeni.

Poluanţi casnici. Praful din casă se recunoaşte ca responsabil în multe cazuri de astm. Praful de casă este compus dintr-un amestec de origine animală şi vegetală: acarieni[25] (mici

25 Acarienii sunt mici insecte invizibile cu ochiul liber şi se găsesc în saltele, ţesături din lână, perne cu pene, mochete, stofă de mobilă, pluş. Sunt abundenţi pe pământ, pe pardoseală,

paraziţi), păr de animale domestice, fibre vegetale, acvarii, scuame de pe piele, mucegai, cenuşă, fumul de ţigară, mirosul de vopsea în curs de uscare etc. Expunerea la prafurile casnice (vacanţă într-o cabană veche, mobilă şi lenjerie veche îmbâcsită de praf, jocuri în magazii sau grajduri etc.) declanşează adesea crize de astm.

Animalele de casă constituie adesea alergeni ce duc la sensibilizarea astmaticilor, îndeosebi la pisică ale cărei păr şi salivă sunt foarte alergizante. Hamsterul, cobaiul, iepurele de casă, şoarecele, şobolanul, calul şi câinele au de asemenea păr alergizant. Trebuie notat de asemenea că părul de animale este transportat de vânt în interiorul casei, chiar dacă animalul trăieşte numai afară. Păsările şi vânatul împăiate pot declanşa crize de astm. Veninul de viespe, albine, păianjeni joacă un rol important.

Penele din perne şi plăpumi sunt socotite ca alergizante frecvente. Această „reputaţie” se datorează conţinutului mare în acarieni.

Un număr important de mucegaiuri din atmosferă provin din ciupercile prezente în interiorul caselor mai ales la nivelul conductelor de apă (baie, W.C., bucătărie), şi a conductelor de la încălzirea centrală. Ciupercile domestice cresc, de asemenea, pe plantele verzi udate des, pe deşeurile vegetale, pe ţesături, picturi, zugrăveli pe pereţi.

Clădirile vechi, umede, situate pe malul apelor sau în păduri pot constitui surse pentru

---

pervazuri, care constituie adevărate rezervoare în care se refugiază.

alergii.

Alimentele. În industria alimentară se folosesc mucegaiuri şi levuri pentru prepararea unor băuturi şi alimente (ciocolată, brânzeturi cum sunt Camembert, unele specialităţi de pizza, unele aditive la băuturi, unele crustacee, moluştele, coloranţii de sinteză etc.).

În sfârşit unele medicamente (unele antibiotice, produsele de contrast folosite în radiologie, anestezicele, unii hormoni) pot avea o acţiune alergică.

Climatul (*aerul*, *poluarea*). Polenurile cauzează adesea alergii de diferite forme (rinoconjunctivită periodică, traheită spasmodică, astm). Astfel de simptome survin în perioada aprilie-iunie cu o reluare în toamnă. Aceste alergii sunt determinate de polenurile gramineelor (75%), mesteacăn, plopi, ienupăr, frasini, urzici etc.

În general influenţa climatului asupra astmului este sigură, dar mecanismele sunt obscure. Copilul astmatic prezintă o sensibilitate deosebită la impurităţile vehiculate prin atmosferă provenite de la arderea materiilor de încălzire, deşeurile industriale, gazele emanate de mijloacele de transport, poluanţii din agricultură etc.

Vântul violent determină şi agravează crizele de astm, se pare prin transportul polenurilor.

Altitudinea, în general, este benefică pentru alergiile respiratorii. Dimpotrivă climatul umed agravează astmul. Variaţiile bruşte ale temperaturii ca şi modificările brutale ale presiunii atmosferice sunt prost suportate de

astmatici.

Factorii psihogeni. Psihologia comportamentală şi psihanaliza au insistat asupra unui anumit rol al psihismului asupra crizelor de astm. Unele studii au permis să se înţeleagă unele interferenţe între emoţie şi astm. Sunt multe crize de astm declanşate de contrari etăţi, dificultăţi şcolare, neînţelegeri familiale, emoţii puternice. Totuşi astmul şi psihismul se influenţează reciproc. Însăşi natura astmului, impresia de sufocare, este generatoare de spaimă. Sindromul de asfixie, cu o expiraţie rară, zgomotoasă creează copilului o spaimă asemănătoare cu a celui ce se îneacă, în timpul sufocării, copilul se agită, se enervează, apare spaima de moarte.

Întârzierea şcolară, limitarea impusă activităţilor fizice au repercusiuni asupra comportamentului şi caracterului său. Astmaticul trăieşte cu teama unei crize şi se teme de tot ce o provoacă. Echilibrul psihoafectiv al copilului ţine de personalitatea lui, de mediul familial, de gravitatea bolii şi de eficacitatea tratamentului. Unele studii recente au ajuns la concluzia că este imposibil să se descrie o personalitate psihologică caracteristică astmului.

Cum se recunoaşte o criză de astm

De multe ori la copilul mic atacul de astm este precedat de o infecţie acută a căilor respiratorii superioare manifestată prin tuse. Criza propriu-zisă caracterizată prin respiraţie şuierătoare (uneori ca un horcăit) survine de cele mai multe ori seara sau în a doua jumătate a nopţii. Această predominanţă se poate explica prin

condiţiile meteorologice, prin hipoactivitatea nocturnă a suprarenalelor şi prin expunerea la unele surse alergizante (penele din pernă, lâna din cuverturi, jucăriile din diferite stofe şi praful din mediul înconjurător).

Pe măsură ce atacul progresează, horcăitul descreşte fiind înlocuit cu o respiraţie şuierătoare; copilul nu poate expira aerul pe care-l inspiră. Dacă astmul este sever, va respira rapid, pulsul se accelerează şi poate să şi vomite. În cazuri foarte severe, peretele toracic pare să se turtească cu fiecare respiraţie, unghiile şi buzele se învineţesc. Copilul devine obosit, se mişcă încet şi tuşeşte tot timpul. Un astfel de atac necesită îngrijire medicală imediată.

Cei mai mulţi copii cu astm au boala cronicizată. Pot tuşi în cursul zilei sau nopţii, în timpul eforturilor fizice, la anumite expuneri (praf, fumul de ţigară, contactul cu o pisică, polenurile gramineelor, culturile de ricin etc.).

Când trebuie chemat medicul. Dacă aveţi un copil care suferă de astm, trebuie să ştiţi situaţiile care cer îngrijire imediată (medicul de familie sau internare de urgenţă la o secţie de pediatrie de la spitalul cel mai apropiat):

– Prezintă tulburări respiratorii severe şi starea lui se înrăutăţeşte (respiră rapid, îşi trage peretele toracic când inspiră şi scoate zgomote puternice când expiră).

– Buzele sau/şi unghiile se învineţesc.

Deşi nu este la fel de urgent trebuie chemat pediatrul fără întârziere şi atunci când:

– Copilul are febră, tuse persistentă şi

respiraţie şuierătoare, tulburări ce nu răspund la tratament;

– Varsă şi nu poate lua medicamentele pe gură;

– Are dificultăţi de vorbire, de somn şi de respiraţie (şuierături, tuse);

– Medicaţia primită (teofilină) se însoţeşte de efecte secundare: greaţă, vărsături, pierderea poftei de mâncare, dureri de cap, tremurături;

– Lipseşte de la şcoală.

Tratament

Astmul trebuie tratat totdeauna sub supravegherea pediatrului.

Scopul tratamentului este:

1. Prevenirea factorilor declanşatori implică: evitarea poluanţilor din cameră (fumul de ţigaretă, ţigară sau pipă, substanţă la care copilul este alergic, acarieni, peri de animale) sau din exterior (polenul, fungi), evitarea contactului cu persoane ce suferă de infecţii ale căilor respiratorii superioare, consumul de medicamente sau de alimente presupuse a fi declanşat semne de astm.

Imunoterapia (hiposensibilizarea) cu extracte alergenice se recomandă la cazuri atent selecţionate dintre copiii cu astm mediu, cu boala mitrală sub control la care a fost cert dovedită etiologia alergică (M. Stoenescu).

2. Obţinerea controlului asupra şuierăturilor, făcând plămânul să-şi recapete funcţia normală.

3. Împreună cu pediatrul părinţii vor întocmi un „program de răspuns” pentru orice atac major de astm pentru a reduce nevoia de spitalizare. Nu există medicamente care să vindece astmul, dar

medicamentele folosite în prezent pot ţine boala sub control la marea majoritate a copiilor. Dacă părinţii îşi vor însuşi schemele de tratament între crize şi în timpul atacului de astm se pot realiza:

a) obţinerea şi menţinerea controlului asupra simptomelor;

b) prevenirea crizelor acute;

c) menţinerea cât mai normală a funcţiei respiratorii;

d) evitarea efectelor adverse ale medicamentelor.

4. Copilul trebuie lăsat să crească şi să se dezvolte normal, să participe la activităţile normale ale copilăriei cât mai mult posibil.

Cu aceste scopuri în minte, medicul de familie va prescrie medicaţia şi va trimite copilul la un specialist care să evalueze funcţiile respiratorii. Medicul va fixa un plan individual pentru un tratament îndelungat al formei de astm şi al vârstei copilului. Tratamentul va include probabil cum să utilizeze dispozitivele de administrare a medicamentelor sub formă de aerosoli.

Dacă astmul pare să fie declanşat de alergii severe, medicul de familie va trimite copilul la un alergolog pentru testări cutanate. Acesta poate recomanda vaccinuri pentru a coborî sensibilitatea la alergenele care declanşează criza de astm. Tratamentul constă în injectări regulate din material alergen în formă diluată, în mod obişnuit astfel de vaccinuri includ: praf, ciuperci, polenuri, insecte.

Medicaţia va depinde de stadiile de severitate

ale astmului. Se va stabili un plan de tratament de lungă durată.

Medicamentele antiastmatice se împart în medicamente care controlează boala şi cele care combat simptomele apărute. Primele se administrează zilnic, neîntrerupt, pe perioade lungi de timp, de obicei la 8 – 12 ore. Medicamentele care combat simptomele se folosesc la nevoie pentru îndepărtarea simptomelor acute provocate de bronhospasm. În acest grup sunt cuprinse toate bronhodilatatoarele cu durată scurtă de acţiune şi corticoizi sistemici administraţi pe gură sau în injecţii.

Medicaţia care controlează boala (*controllers*) şi care este cea mai activă este constituită de corticosteroizi („cortizon”). Forma de administrare cea mai eficace pentru controlul bolii, cu cele mai reduse efecte secundare, este reprezentată de aerosoli pentru tratament bronşic: suspensii lichide în gaz propulsor sau pulberi administrate cu diferite tipuri de aparate (inhalatoare cu pulbere, nebulizator cu mască etc.). Efectul se instalează lent, după 2 – 4 săptămâni de tratament, efectuat sub control susţinut al medicului.

Dintre medicamentele ce controlează boala, ca antiinflamatoare fără steroizi se folosesc derivaţii cromomici: cromoglicatul disodic. Cromoglicatul este eficace pentru prevenirea bronhospasmului indus de contactul cu alergenul la 60 – 70% din copiii cu astm alergic şi pentru prevenirea astmului de efort (M. Stoenescu).

Bronhodilatatoarele cu acţiune prelungită

(teofilină) cu eliberare lentă ce se administrează pe gură; beta2-adrenergice administrate pe gură sau sub formă de inhalaţii, se recomandă de către medicul specialist în formele severe de astm ce prezintă simptome şi atunci când se administrează doze mari de corticoizi sub formă de inhalaţii. Dozele vor fi fixate şi adaptate numai de către medic.

În cadrul medicamentelor care combat simptomele sunt incluse beta2-adrenergicele cu acţiune de scurtă durată, teofilinele cu scurtă durată de acţiune şi corticoizii sistemici (pe gură sau injectabil). Dintre aceste medicamente de elecţie sunt beta2-adrenergice (cu acţiune de scurtă durată, administrate sub formă de inhalaţii) şi corticosteroizii administraţi pe gură. Au un efect la fel de rapid (4 – 6 ore) ca al celor administraţi sub formă de injecţii. Tratamentele prin mijloace neconvenţionale (homeopatic, acupunctura, biorezonanţă etc) nu şi-au dovedit o eficacitate certă în tratamentul astmului (M. Stoenescu).

Părinţii sunt datori să ţină legătura cu medicul de familie, cu pediatrul specialist şi cu alergologul.

Medicamentele trebuie date conform prescripţiilor medicului. Nu se întrerupe tratamentul prea curând, nu se schimbă dozele şi nici intervalul între administrări. Recomandările medicale se vor face şi în scris şi dacă părinţii nu înţeleg ceva, vor cere explicaţii. Tratamentul durează uneori ani şi ani de zile şi el trebuie adaptat şi aplicat cu rigurozitate în funcţie de stadiile astmului, de eficacitatea tratamentului, de

eventualele efecte secundare ale unor medicamente.

Copilul va fi ferit de ceea ce îi declanşează atacurile ca: praful din locuinţă, fumul, expuneri de durată la polenuri, anumite animale de casă, unele alimente.

Părinţii vor întocmi un caiet în care vor nota: când apar atacurile, ce le precedă („le anunţă”), fie că trebuie să înveţe să anticipeze crizele de astm. Dacă sunt precedate de o infecţie se va începe tratamentul cu medicamente antiinflamatoare, eventual şi cu un bronhodilatator. Nu se aşteaptă să apară tusea şi zgomotele respiratorii caracteristice pentru a începe tratamentul. Cel mai uşor şi mai bun timp de a trata accesul este să se facă înainte de a începe.

7.7.1.2. Bronşiolita

Bronşiolita este o infecţie a canalelor respiratorii mici (bronhiolele). Apare cel mai mult la sugari. Aproape totdeauna este determinată de un virus, de obicei de virusul respirator sinciţial (VRE). Boala poate fi determinată şi de alte virusuri: parainfluenzae, rujeolos şi adenovirusuri. Rareori pot fi incriminaţi unii microbi (*Haemophylus influenzae*). Infecţia produce inflamaţia şi edemul bronhiolelor, care au ca efect blocajul fluxului de aer prin plămâni.

Adulţii şi copiii mari infectaţi cu astfel de virusuri fac numai o răceală. La sugari şi copiii mici infecţia determină de multe ori o bronşiolită. Aceasta se datorează faptului că la ei căile

respiratorii au un calibru mai îngust ceea ce face să fie blocate mai uşor când survine infecţia şi inflamaţia.

O parte din copiii care fac bronşiolite repetate în perioada de sugar fac mai târziu astm bronşic.

Perioada în care apar bronşiolite este între octombrie şi martie. Virusurile se răspândesc prin contact cu secreţiile de la o persoană infectată. Ea se răspândeşte în familie, creşe şi în secţiile de spital.

Semne şi simptome. Începe cu semnele unei infecţii a căilor respiratorii superioare: nas „înfundat”, tuse moderată şi uneori febră. După 1 – 2 zile copilul respiră mai rapid, cu mai multă dificultate.

– Îşi poate dilata nările („bătăi ale aripilor nasului”) şi îşi comprimă muşchii de sub cuşca toracică, în efortul de a inspira şi expira mai mult aer.

– Va utiliza muşchii intercostali şi supraclavicular („tiraj intercostal şi supraclavicular”).

– Va scoate un sunet caracteristic ca un fluierat strident numit wheezing de câte ori respiră.

– Înghite greu lichidele deoarece se frământă să respire; are dificultăţi la supt şi înghiţit.

– Pe măsură ce dificultăţile în respiraţie se accentuează, apare culoarea albăstruie a buzelor şi vârfului degetelor. Aceasta arată că respiraţia este atât de blocată încât în sânge ajunge o cantitate insuficientă de oxigen.

Dacă apar oricare din aceste semne de dificultate respiratorie, trebuie chemat imediat pediatrul.

Tratament. Nu există medicaţie specifică pentru a trata acasă o bronşiolită. În prima fază a bolii se va încerca să se uşureze simptomele de răceală. Se va combate febra (Paracetamol), se va ameliora respiraţia nazală cu picături de ser fiziologic şi se vor aspira mucozităţile. Se va da un calmant al tusei din grupul celor ce fluidifică secreţiile bronşice. Se vor administra lichide; copilul preferă lichidele clare (ceai de plante îndulcit, sucuri de fructe diluate) în loc de lapte. S-ar putea să nu primească prea bine alimente solide. Se va asigura o bună aerisire a camerei evitându-se supraîncălzirea.

Medicamentele antiastmatice nu sunt eficace (teofilină, corticoizi, betastimulante).

În caz de agravare a simptomelor mai sus amintite când starea generală să alterat, copilul nu primeşte lichide şi zace, în lipsa prezenţei medicului în familie, va fi dus la cel mai apropiat spital de copiii unde va primi un tratament adecvat (oxigen, perfuzii endo venoase etc.).

În general, însă, cu toată spectaculozitatea simptomelor, evoluţia în cele mai multe cazuri nu este gravă.

7.8. Boli ale pielii şi mucoaselor

Pielea sugarului şi copilului mic este deosebit de fragilă şi predispusă la infecţii şi erupţii de tot felul. Pentru prevenirea îmbolnăvirilor pielii la sugar se impun o serie de măsuri obligatorii: baie

zilnică, lenjerie curată, spălată bine (fiartă, spălată cu săpun, limpezită, călcată cu un fier bine încins) şi păstrată într-un dulap separat, curat; evitarea ţesăturilor aspre sau din material sintetic; schimbarea la timp a scutecelor; tratamentul corect al diareilor etc.

Infecţiile pielii sunt frecvente la nou-născuţi şi sugari. Sunt produse îndeosebi de stafilococi şi streptococi. În afară de câteva leziuni tipice (erizipel, furuncule) aspectul clinic nu permite totdeauna un diagnostic cauzal. Ideal ar fi să se recolteze produsul patologic respectiv (puroi, lichid din vezicule, scuame) pentru a se depista germenul care a produs boala şi prin antibiogramă să se stabilească un tratament cu antibiotice local şi/sau general, dirijat.

Infecţiile pielii sunt favorizate de mulţi factori, dintre care amintim: *a*) infecţiile pielii şi îndeosebi ale sânilor mamei; *b*) lipsa de igienă a mamei: nu se spală pe mâini înainte şi după fiecare manevră de îngrijire a nou-născutului sau sugarului; nu-şi spală sânii; nu face baie generală (duş) zilnic; poartă lenjerie murdară; c) nu se fierbe lenjeria copilului; *d*) contactul nou-născutului sau sugarului (în spital sau acasă) cu alţi copii cu infecţii ale pielii; *e*) când a apărut o colecţie mică sau mare de puroi (folicul, abces, furuncul), se stoarce în loc să fie evacuat puroiul prin înţepare sau incizie (tăiere cu bisturiul); stoarcerea duce la pătrunderea microbilor în ţesuturile din jur, în profunzime şi chiar în sânge; *f*) în loc să se facă baie şi „toaleta” leziunilor produse de infecţie, se preferă aplicarea de tot

felul de unguente sau de soluţii; *g*) utilizarea de detergenţi sau de săpunuri ce conţin sodă în cantitate prea mare, ceea ce duce la lezarea şi infecţia consecutivă a pielii; *h*) leziunile produse prin scărpinarea în caz de boli pruriginoase (care produc senzaţia de mâncărime); *i*) nou-născuţii şi sugarii handicapaţi biologic (prematuri, distrofici, diabetici, boli prelungite, imobilizare prelungită din cauza unor boli cronice sau aparate gipsate) sau sociali (copii nedoriţi sau cu mame care refuză să aplice indicaţiile medicului), se îmbolnăvesc frecvent de infecţii ale pielii; *j)* obiceiul de a nu face baie copilului din teama de a nu „răci”; *k*) transpiraţia abundentă a sugarilor şi copiilor mici îmbrăcaţi prea gros sau ţinuţi în camere prea încălzite.

Gravitatea infecţiilor pielii este dependentă de puterea de rezistenţă a copilului (nou-născuţi, convalescenţi după unele boli grave etc.), de virulenţa microbilor, de momentul începerii tratamentului, de gradul de conştiinciozitate a mamei.

Piodermitele. Piodermitele sunt boli produse de unii microbi denumiţi piogeni (pot produce puroi). Aceşti microbi sunt: stafilococul şi streptococul.

Foliculita. Cea mai mică leziune provocată de stafilococ este pustula stafilococică. La început se observă un mic punct roşu situat în jurul unui fir de păr. În curând, în mijlocul acestui punct roşu are o veziculă galbenă, de dimensiunile unei gămălii de ac până la cele ale bobului de linte. În acest stadiu leziunea este denumită foliculită,

deoarece se găseşte în jurul unui folicul pilos[26].

În ea se găseşte puroi care poate fi pus în evidenţă prin înţepare. Foliculitele sunt leziuni foarte frecvente şi în general fără gravitate. Tratamentul este totdeauna local. După ce se dezinfectează cu un tampon îmbibat cu alcool iodat 1% sau cu Rivanol *lz*[. se înţeapă colecţia purulenta cu un ac sterilizat (prin fierbere timp de 20 de minute), se evacuează puroiul prin lărgirea orificiului cu ajutorul acului, se tamponează din nou cu alcool iodat şi eventual se aplică pudră de antibiotice sau un unguent dezinfectant sau cu antibiotice. Se face baie generală zilnic, se fierbe lenjeria şi se păstrează o curăţenie riguroasă.

Abcese. De obicei sunt secundare elementelor de foliculită. Din superficiale şi de dimensiuni mici, ridicăturile roşii sau pustnicie devin mai mari şi pătrund în profunzime, sub piele. Se simt ca nişte nodozităţi, dure, puţin dureroase, bine delimitate. Se localizează de obicei în regiunea cefei şi pe fese. În momentul în care aceste formaţiuni de sub piele devin fluctuente, mai moi („s-a colectat puroiul”), trebuie incizate. Puroiul care se scurge conţine stafilococi. De aceea, se dezinfectează bine zona respectivă înainte şi după incizie, se fac băi dezinfectante şi se schimbă lenjeria. Un tratament cu antibiotice pe cale generală, oxacilină sau eritromicină, grăbeşte

26 Folliculus (lat. = săculeţ). Foliculul pilos este sacul situat în epiderm şi derm. în care sunt cufundate: rădăcina părului, o glandă sebacee şi muşchiul erector al părului.

vindecarea şi evita complicaţiile. Abcesele pot să se formeze adânc în ţesutul grăsos al pielii după injecţii efectuate cu ace sau seringi care nu au fost bine sterilizate („injecti ta” *X*

Furuncule. Pătrunderea stafilococicelor în profunzimea pielii (derm) determină o serie întreagă de modificări, prin invadarea şi distragerea ţesuturilor pe o zonă mai mare, inflamaţi a cuprinzând mai mulţi foliculi sebacei. Această leziune poartă numele de furuncul. Pot fi unice sau mai multe (furunculoza); de obicei sunt grupate. Furunculul se prezintă ca o ridicătură de culoare roşie-vie, cu dimensiuni până la cele ale unei nuci. La început, furunculul are o consistenţă tare şi este dureros, în mijlocul său este situat un fir de păr şi o pusiulă cu puroi. Ulterior se poate ulcera şi apare în centru o masă galbenă care se scurge în afară (popular „ţâţână*” furunculului). Pe pielea capului, pe ceafă şi/sau gât stafilococul poate da forme clinice diferite: pustule, foliculită, abcese şi/sau furuncule. Tot stafilococul mai poate da naştere la flegmoane care sunt infecţii profunde, difuze (prost delimitatei.

Tratament. Este necesară o igienă riguroasă a pielii prin spălare cu apă călduţă şi săpun: zonele din jurul furunculelor se curăţă şi se dezinfectează cu Rivanol hti. La începutul bobi se aplică comprese locale cu apă sau soluţie de Rivanol *lze*, schimbate de mai multe ori pe zi. Când apare însă fluctuenţa (furunculul devine moale), se face o incizie eu bisturiul şi se drenează tot puroiul. Se aplică un pansament steril, care se schimbă zilnic până la vindecarea plăgii. După

incizie, se pot aplica antibiotice cu acţiune asupra stafilococilor sau simple soluţii dezinfectante (Rivanol). Majoritatea medicilor preferă un simplu pansament steril. La nou născuţi şi sugari, în caz de furunculoză, se impune un tratament general cu antibiotice.

Intertrigo. Sub acest nume se grupează leziunile lineare ale cutelor (pliurilor) pielii. De obicei este vorba de o infecţie cu streptococ sau stafilococ. De cele mai multe ori se localizează după pavilioanele urechii („retroauricular”), unde pe un fond de piele roşie se formează un şanţ murdar, sângerând sau/şi acoperit de cruste. Intertrigoul localizat la pliul de la rădăcina coapsei face parte, de obicei, din ansamblul de leziuni apărut în cadrul eritemului fesier. În sfârşit, leziunile de intertrigo se întâlnesc în regiunea gâtului, la cutele formate de pielea sugarilor graşi. Pentru prevenirea formării de intertrigo se recomandă ca după baia zilnică să se îndepărteze, prin tamponament, toată umezeala şi să nu se aplice pulberi ce fermentează (amidon). După ce a apărut un intertrigo nu se vor aplica pomezi. Se preferă dezinfecţia *ca* alcool, cu soluţie de cozină, pulbere de antibiotic. În caz de infestare micotică (Candida) pulberile sau suspensiile cu Nystatin au efect favorabil.

Perieşa sau zabăluţa este o infecţie streptococică situată la colţurile (comisurile) gurii, de cele mai multe oii de ambele părţi. Este o leziune care cuprinde atât pielea cât şi mucoasa buzelor şi gurii. Pe un fund roşu-viu şi dureros se constată mai multe crăpături mici şi cruste gălbui.

Dacă dezinfecţia simplă p aplicaţiile de pomade cu cortizon şi antibiotice nu dau rezultate, se apelează la atingeri cu un creion de ni hat de argint.

Impetigo (bubele dulci) este cea mai frecventă infecţie a pielii la copilul preşcolar. Este foarte contagioasă şi se răspândeşte repede în colectivităţi le de copii, declanşând adevărate epidemii. Prin amoinoculare, are tendinţa sa se generalizeze. Este produsă de streptococ, adesea însă este suprainfectată cu stafilococ. La început apare o veziculă (băşica) mică. Înconjurată de o areolă roşie. Rapid, veziculele se înmulţesc. Conţinutul veziculei mai întâi clar şi transparent, se tulbură în câteva ore. O parte din veziculele cu puroi se rup şi lichidul se întăreşte, formând cruste galbene. Crustele sunt ovale, murdare, cu o culoare asemănătoare cu mierea („melicerice”); elementele se grupează pentru a forma plac arde aderente; dacă se încearcă să fie ridicate, apare o zonă sângerândă sau o eroziune limitată la epidermă, roză-murdară. Leziunile se localizează de obicei pe faţă, mai ales pe buza superioară, obraji, bărbie, pielea acoperită de păr, pliurile de la pavilioanele urechilor. Dacă nu sunt tratate, bubele dulci se întind şi în alte regiuni prin mâinile copiilor sau prin lenjeria nespălată. Impetigo poate apărea în urma unei suprainfecţii streptococice în toate bolile de piele pruriginoase (care se însoţesc de mâncărime). Este vorba de „impetiginizare”. Toate cauzele de iritaţie a pielii: puricii şi păduchii, râia (impetigo interdigital), eczema (impetigo al feţei), prurigo strofulus

(localizat pe pielea trunchiului şi membrelor) pot fi la originea leziunilor de impetigo.

Tratament. Peste zonele cu cruste se aplică comprese înmuiate în soluţie de Rivanol 1 %*e* sau în infuzie de muşeţel. După căderea crustelor se pot face atingeri cu alcool iodat 1% sau soluţie de violet de genţiană 1%. Dacă crustele nu se refac, se poate aplica în strat foarte subţire o pomadă cu cortizon şi antibiotice (kanamicină, neomicină). Se recomandă antibiotice care acţionează atât împotriva streptococilor cât şi a stafilococilor. Fiind o boală foarte contagioasă, copiii cu bube dulci nu vor fi primiţi în colectivitate.

Micoze. Sub acest termen sunt grupate bolile produse de ciuperci. Cele mai frecvente localizări sunt: mucoasa bucală, pielea, aparatul respirator, tubul digestiv. Contagiunea se face de la copil la copil, prin lenjerie, prin tetină, de pe pământ, prin plante sau animale. Utilizarea antibioticelor perturbă flora bacteriană intestinală şi micşorează reacţiile organismului. Micozele sunt provocate de ciuperci microscopice, de obicei saprofite ale pielii sau ale mucoaselor, devenite secundar patogene (îndeosebi speciile din genul Candida).

Infecţiile cu Candida albicans (candidoza cutaneo-mucoasă). Manifestările patologice datorate ciupercii Candida albicans sunt cunoscute de multă vreme. În ultimul timp au devenit şi mai actuale datorită, pe de o parte, creşterii neobişnuite a frecvenţei îmbolnăvirilor şi pe de altă parte, prin utilizarea excesivă a antibioticelor. Dezvoltarea bolii micotice este favorizată însă şi de alţi factori: vârsta mică (nou

născuţi şi sugari), handicapul biologic (prematuritate, distrofic), boli febrile prelungite, tratamente cu cortizon etc.

Localizările cu Candida la copil şi sugar sunt de două tipuri: a) localizările superficiale, care se explică printr-o simplă progresiune din aproape în aproape a infectării şi care ating: limba, gura, faringele, tubul digestiv şi aparatul respirator; b) localizări profunde, legate de o diseminare septicemică a ciupercii, care pot interesa diferite organe interne (excepţional de rare).

Stomatita albicans (*muguet*ul, mărgăritărelul) este micoza cea mai frecvent întâlnită în pediatrie. Se caracterizează printr-o roşeaţă generalizată a mucoasei gurii şi prin pete alburii mai mult sau mai puţin confluente. Câteodată se însoţeşte de dificultăţi de supt, lipsă de poftă de mâncare, agitaţie. La nou-născuţi şi sugari tratamentul constă în spălături bucale cu o soluţie de bicarbonat de sodiu şi instilaţii cu o suspensie de Stamicină. Mama îşi va spăla bine sânii şi-i va badijona cu suspensie de Stamicină sau de Nystatin. Lenjeria (mamei şi copilului) şi tetinele se fierb. Glicerina boraxată folosită până acum s-a dovedit toxică.

Manifestări alergice la nivelul pielii, *a*) *Urticaria*.

Este o boală de piele ce apare după vârsta de 3 ani sub formă de plăci urticariene (urzicătură), care produc mâncărimi penibile. Unii copii fac urticarie ori de câte ori sunt duşi la ţară (polenuri, ciuperci microscopice ale plantelor sau animalelor); în anumite case, mai ales în zidurile

caselor vechi, sau dezvoltat un grup de paraziţi din genul acarienilor, care sunt responsabili de o mulţime de reacţii alergice cutanate şi/sau respiratorii. Urticaria poate fi provocată de unele alimente vechi, alterate: ouă, prăjituri cu frişcă etc. În sfârşit, unii copii fac urticarie („sunt alergici”) la un anumit aliment: albuşul de ou, carnea, ciocolata, grăsimile. Mai rar produc urticarii unele făinoase, fructe (căpşunile) sau legume etc. De la introducerea detergenţilor şi a altor substanţe de uz casnic în gospodărie, a tot felul de conservante în alimente, a materialelor plastice în îmbrăcăminte, reacţiile alergice cutanate şi respectiv urticaria au crescut foarte mult. Unele medicamente sunt şi ele responsabile în apariţia unor reacţii de tip alergic cutanat. Înţepăturile de insecte (albine, viespe, ţânţari, păianjeni) pot declanşa reacţii alergice locale sau generale.

Clinic, erupţia se caracterizează prin elemente localizate pe membre, pe trunchi, pe spate sau generalizate. Adesea pruritul (mâncărimea) precedă erupţia. Aceasta apare sub forma unor placarde proeminente, rotunde sau oval are, de dimensiuni variabile, palide, sau roze, mărginite de o zonă roşie ce poate fi lată de câţiva centimetri. Toată această erupţie apare şi dispare în câteva ore sau zile fără să lase urme. Evoluează în puseuri succesive şi recidivează adeseori.

b) Edemul Quincke este o manifestare urticariană, caracterizată printr-o umflătură de dimensiuni variabile. Pielea ce o acoperă are culoare normală. Umflătura este moale,

gelatinoasă, lucioasă, sub tensiune. Cuprinde de obicei faţa, buzele, pleoapele şi organele genitale. Când se localizează pe mucoasele limbii, vălului palatin şi/sau esofagului apar tulburări de vorbire, de înghiţiree când cuprinde glota şi laringele poate surveni sufocarea.

Tratament. În primul rând se caută să se înlăture cauza declanşantă (aliment, medicament etc.). Local se aplică soluţii, mixturi sau pomezi care să liniştească senzaţia de mâncărime şi să reducă umflăturile. Pe cale generală se administrează substanţe antihistaminice (Romergan, Peritol, Feniramin pe gură). În cazuri grave (placarde eruptive generalizate, ameninţarea respiraţiei) se administrează preparate pe bază de cortizon (injectabile la început, ulterior pe gură).

c) Prurigo simplu sau strofulus. În primii ani de viaţă urticaria adevărată este excepţională, din contră prurigo este frecvent. Se observă îndeosebi între 6 luni şi 5 ani. Leziunea elementară este la început o pată roşie, în mijlocul căreia se formează o ridicătură cu o veziculă mică alburie, ce conţine un lichid seros. La pipăit, papulo-vezicula este tare. Vezicula este înlocuită curând de o crustă cenuşie; dacă această crustă este smulsă, apare o mică gropiţă. Elementele durează 6 – 10 zile. De cele mai multe ori apar pe faţa de extensie (posterioară) a antebraţelor şi gambelor, mai rar se întâlnesc pe trunchi şi foarte rar pe faţă. Din cauza mâncărimii, copilul devine agitat, are tulburări de somn, uneori refuză să mănânce.

Evoluţia este în puseuri. Recidivele sunt frecvente, însoţite câteodată de tulburări digestive. Poate reveni la intervale de săptămâni sau luni. Diagnosticul este uşor. Confuzia se poate face între un prurigo vezicular şi varicelă. Prurigo nu se localizează pe pielea capului acoperită de păr şi pe mucoase; elementele de varicelă sunt mai mari şi mai puţin dure la pipăit. Cauzele care produc erupţia de prurigo strofulus sunt foarte discutate. Cele afirmate mai sus la urticarie sunt variabile şi în acest caz. Pe lângă cauzele externe, terenul constituţional al copilului joacă un oarecare rol. Prurigo ar corespunde unei reactivităţi particulare a organismului la diverse agresiuni (alimente, substanţe chimice, polenuri, veninul provenit din înţepăturile de insecte, diferiţi paraziţi microscopici). Ca tratament se recomandă aplicaţii locale de mixturi calmante şi sedative administrate pe cale generală. Se îndepărtează alimentul care se suspectează a fi nociv.

7.9. Obezitatea

Prin obezitate se înţelege o stare anormală ce se caracterizează prin aceea că în organism se depozitează o cantitate mai mare de grăsimi decât este necesară pentru desfăşurarea în condiţii optime a funcţiilor sale. Obezitatea este o tulburare cronică de nutriţie cu ample consecinţe asupra stării de sănătate, esteticii şi longevităţii. Se traduce printr-un exces de greutate şi mărirea grosimii cutei pielii (creşterea ţesutului grăsos subcutanat). 4

Obezitatea este cea mai frecventă tulburare de nutriţie la adolescent. Nu există diferenţă de

frecvenţă între cele două sexe.

În aprecierea unei obezităţi trebuie să se ţină seama de aspectul, greutatea şi înălţimea copilului şi părinţilor săi, de cuta („pliul”) grăsimii. După unele definiţii se socoteşte obezitate când greutatea reală a copilului depăşeşte cu 20% greutatea ideală (din tabele).

Supraîncărcarea grăsoasă („adipoasă”) se datorează:

– fie creşterii dimensiunilor adipocitelor (celulele de stocaj ale grăsimilor) fără creşterea numărului de celule adipoase; începe de obicei la vârsta adultă;

– fie creşterii dimensiunilor celulelor adipoase, alături de care se constată şi o creştere numerică; debutează în copilărie.

Creşterea în greutate poate apărea la orice vârstă, dar cel mai frecvent se observă:

– În primul an de viaţă;

– Între 5 şi 6 ani;

– În adolescenţă.

Majoritatea copiilor sunt „plinuţi” la pubertate, dar apoi revin la dimensiunile normale.

Se deosebesc mai multe tipuri de obezitate.

Obezitatea precoce (*înainte de 5 ani*) se datorează pe de o parte unor practici greşite în alimentaţia sugarului şi copilului mic şi pe de altă parte unui comportament particular al mamei. Este vorba de mama „dădacă”, preocupată tot timpul dacă sugarul a mâncat tot şi cât mai mult şi care foloseşte hrana ca „liniştitor” pentru a calma copilul, iar uneori prin „dădăcirea” şi alimentaţia excesivă a acestuia, încearcă să compenseze unele

emoţii, frustrări, întâmplări nefericite (avorturi sau decesul vreunui copil; dizarmonii în viaţa de familie, copil mic survenit la bătrâneţe etc.). De multe ori este vorba de ecuaţia dragoste = hrană. Mama măreşte numărul biberoanelor şi al concentraţiilor de lapte, introduce precoce şi permanent cerealele şi dulciurile, este foarte încântată când sugarul mănâncă mult şi este „gras şi frumos”. Sugarii şi copiii supraponderali se dezvoltă motor mai încet, se mişcă puţin iar când se îmbolnăvesc fac forme mai grave.

Măsurile de prevenire sunt foarte importante. Mai întâi trebuie ştiut că este de preferat alimentaţia la sân. Alimentele solide nu se introduc înainte de 4 – 6 luni. Nu se pun alimente solide în biberon. La sugarii care cresc prea mult în primele luni se va evita introducerea de cereale (cereale instant, grişul, biscuiţii etc.) şi excesul de dulciuri. La copilul mic se evită meniuri cu alimente cu valoare calorică mare (cartofii prăjiţi, grăsimile animale, prăjiturile, mezelurile etc.).

Se va face un program zilnic cu plimbări, iar la copilul după un an pe lângă ţinerea lui cât mai mult afară se vor promova activităţi fizice (jocuri, societate cu copii).

Obezitatea infantilă (*şcolarul 6 – 12 ani*) poate avea cauze multiple. Una din cauzele frecvente ale obezităţii şcolarului mic îl constituie lipsa de activitate fizică. În mentalitatea multor familii din România performanţele şcolare constituie un obiectiv permanent şi predominant. Programa analitică şcolară este foarte încărcată cu foarte multă materie de studiu şi în acelaşi

timp cu un conţinut foarte dificil şi complicat pentru copii. În plus, multe cadre didactice obligă pe copii să „rezolve” sau să „facă” acasă teme foarte multe. În unele familii copilul „învaţă” aproape toată după-amiaza, uneori împreună cu unul din adulţi (părinte sau bunic). Chiar dacă nu este „ajutat” de un adult, un şcolar are de „învăţat” acasă atât de mult încât nu mai rămâne timp pentru joc în aer liber. Alteori, chiar dacă „termină” cu lecţiile timpul liber este folosit pentru vizionare la televizor. Mai ales la oraşe, copilul şcolar în afară de învăţat şi vizionarea televizorului nu mai are timp pentru altceva.

În acelaşi timp în unele cazuri copilul este alimentat necorespunzător. Din grabă sau din anxietate copilul refuză să mănânce sau „ia ceva în gură”, dimineaţa, nu-şi consumă „gustarea” dată la şcoală, la prânz vine acasă şi dacă este singur se „autoserveşte” singur. Rezultatul este că şcolarul respectiv mănâncă rar, că hrana cea mai consistentă este consumată seara şi nu în prima parte a zilei, când este perioada de activitate.

Pe lângă aceşti factori în multe cazuri de obezitate cauzele se găsesc în tulburări psihice reacţionale (dificultăţi şcolare, culpabili zarea copilului la noul eşec şcolar, neînţelegeri între părinţi, pubertate precoce, gelozie faţă de alt frate, deces în familie, boli, intervenţii chirurgicale etc.). Copilul se refugiază în sine, devine adesea taciturn, mănâncă tot timpul. Sunt surogate cu care-şi rezolvă situaţii conflictuale. Obezităţile care survin într-un cadru nevrotic sunt mai dificil de rezolvat.

În cadrul clasei sau a grupului de cartier şcolarii obezi sunt frecvent ţinta ridiculizării.

Obezitatea la adolescenţi devine o problemă cu implicaţii multiple (fizice, psihice, sociale). Adolescenţii obezi sunt îngrijoraţi de „cum arată” şi pentru că nu se pot încadra standardului de grup.

Băieţii obezi pot prezenta: mameloane mari (hipertrofiate), striuri albe (vergeturi) pe abdomen şi flancurile trunchiului şi penis disproporţionat de mic. Aspectul fizic general, neputinţa de a participa la toate activităţile de grup, nonperformanţele şi inactivităţile fizice (obosesc repede, sunt molâi în practicarea sporturilor sau alte activităţi şcolare sau de grup, sunt mai expuşi la accidente etc.).

Fetele. În general la această vârstă adolescentele sunt preocupate de modul cum arată şi de a fi în pas cu grupul (dans, îmbrăcăminte, diverse reuniuni etc.). Adolescentele obeze trăiesc însă un sentiment al neadecvării. Inserţia socială, legăturile afective cu membrii grupului (clasei) sunt mai dificile. Pe lângă dizarmoniile fizice determinate de obezitate (sâni voluminoşi şi uneori diformi, trup fără talie, şolduri şi coapse dizgraţioase, uneori vergeturi) se adaugă neputinţa de a se îmbrăca corespunzător vârstei.

Tratamentul obezităţii la copil comportă anumite condiţii speciale. Organismul copilului şi adolescentului, în creştere, limitează sau exclud anumite procedee terapeutice aplicabile la adult. Este interzisă restricţia alimentară totală. În cazul

impunerii unui post total, organismul infantil, în creştere, pierde numai 50% pe seama grăsimii corporale. Restul scăderii în greutate se face pe seama masei corporale lipsită de grăsime.[27]

Dieta trebuie să fie săracă din punct de vedere caloric, dar este absolut necesar să conţină toate principiile nutritive necesare creşterii organismului infantil. Se aleg potrivit vârstei, tradiţiilor locale şi standardului economic al familiei alimente sărace caloric, dar variate şi cu o compoziţie care să asigure principiile de bază ale alimentaţiei organismului în creştere (proteine, minerale, vitamine). Dieta trebuie asociată cu un program intensiv de exerciţii fizice. Supravegherea medicală trebuie să fie asigurată cel puţin 5 – 6 luni, cu controale la fiecare 4 săptămâni.

În tratamentul obezităţii la şcolar şi/sau adolescent formulăm câteva sfaturi:

1. Încurajaţi copilul să mănânce la ore regulate. Insistaţi să mănânce la masa de dimineaţă; în acest fel prin activitatea din timpul zilei, se ard toate hidrocarbonatele şi astfel depunerile sunt scăzute. Se prevăd 3 mese principale (dimineaţa, prânz şi seara), din care masa de seară să fie puţin copioasă. Gustările (ora 10 şi după amiază) trebuie să fie cu valoare calorică mică, de preferat ca cel puţin una din ele să fie din fructe. (Vezi tabelul 7.3, pag. 308).

2. Fixaţi obiective realiste de scădere în

27 Vezi alimentaţia şcolarului mic şi adolescentului (pag. 248-252).

greutate de 0,500 – 1 kg pe lună pentru ca să apară o ţintă mai uşor de atins de către adolescent.

3. Procuraţi un tabel cu înălţimea şi greutatea copiilor de la o la 20 de ani şi un tabel cu valoarea calorică a alimentelor. S-a dovedit eficace principiul unei diete „sărace în calorii, dar la alegere în ce priveşte compoziţia”. Singurul principiu dietetic este respectarea strictă a cantităţii de calorii (limita superioară va fi stabilită de medic sau de un tabel). În rest, alimentele vor fi consumate, în mare parte la alegere. Lista cu alimente interzise va fi foarte scurtă. În general nu se va interzice deloc sau interdicţiile vor fi foarte puţine, în ce priveşte consumul anumitor alimente. În schimb, se va sublinia importanţa unui aport de lichide abundent dar sărac sau total lipsit de calorii. De asemenea se va sublinia importanţa alegerii cu discernământ a alimentelor încă din momentul cumpărării. De asemenea se va alege modul de pregătire pentru o bucătărie corectă, fără adaosuri care să mărească valoarea calorică (prăjire în grăsimi animale, sosuri, sare în exces etc.). Copilul va fi scutit de un plan dietetic inflexibil, unilateral şi departe de realitate. Reducerea raţiei calorice este urmată adesea de monotonia ofertei alimentare. Se repetă unele mese cu valoare calorică mică, iar unele alimente cu conţinut bogat în calorii sunt excluse cu desăvârşire în meniul copilului. De aceea în tabelul alăturat, alimentele sunt împărţite în trei categorii şi afişate în sufragerie pentru a oferi copilului unele opţiuni în alimentaţia zilnică.

4. Este nevoie de un plan zilnic al activităţii copilului sau adolescentului în care pe lângă pregătirea lecţiilor, orele de masă şi de somn să se introducă un *program de educaţie fizică*. Acest program se fixează în funcţie de vârstă şi capacitatea copilului. Un program va dura 10 – 15 minute şi va fi executat de două ori pe zi. Toate exerciţiile vor fi astfel alese încât să solicite funcţia circulatorie şi să poată fi executat la domiciliu. Fizioterapia urmăreşte stimularea dorinţei de mişcare, redusă la copilul obez şi se bazează pe intenţia de a trezi dorinţa de a efectua activităţi sportive.

Şcolarul se mişcă bine în jocul cu alţi copii, în timp ce adolescentul poate practica, în orele libere şi în vacanţă un sport adecvat vârstei: dansul ritmic, drumeţia, alpinismul, baschetul, voleiul, handbalul etc. Înotul, schiul, patinajul şi dansul ritmic se pot practica atât de şcolar, cât şi de adolescent.

5. Furnizaţi suportul psihosocial al obezului, îndeosebi adolescentul se simte diferit faţă de grupul său. Încurajaţi includerea lui în grupuri care au între ei şi alţi obezi, preocupaţi de aceleaşi probleme. Încercaţi să depistaţi şi să corectaţi cauzele care pot favoriza obezitatea şi marginalizarea adolescentului în grupul din care face parte (restricţii exagerate în ce priveşte contactul social şi afectiv atât în familie cât şi în afară, culpabilizări inutile, contradicţiile părinţilor în ce priveşte educaţia etc.). Copilul sau adolescentul trebuie să nu lâncezească, ci să ducă o viaţă activă, treptat independentă şi să capete

identitatea vârstei respective.

Comunicarea cu adolescenţii

Comunicarea cu şcolarii mici şi mai ales cu adolescenţii se poate face eficient dacă se urmează nişte sfaturi simple:

1. Nu trebuie ţinute „predici” nici de părinţi, nici de profesori şi nici de medic.

2. Nu daţi ordine, ci totul trebuie să se desfăşoare sub formă de dialog. Daţi-i de înţeles că sunteţi interesaţi de ceea ce are de spus şi lăsaţi l să spună tot ce are de spus. Nul întrerupeţi, nul ironizaţi, nu ridicaţi tonul, nu fiţi tranşant în afirmaţii şi concluzii.

3. Fiţi atenţi la atitudinile „nonverbale”. Nu este permis ca părinţii (părintele) să stea confortabil pe un scaun, iar adolescentul să fie ţinut în picioare. Uitaţi-vă în ochii interlocutorului, nu ridicaţi tonul şi urmăriţi-i: gesturile, agitaţia, emoţia, dominanta preocupărilor.

Utilizaţi întrebările deschise, directe şi evitaţi întrebări culpabilizante („de ce”) sau care duc la reacţii de autoapărare.

În concluzie, în tratamentul obezităţii la copil şi adolescent nu se recomandă medicamente.

TABELUL 7.3.
SEMAFOR[28] *PENTRU ALIMENTELE*

---

28 în sufragerie se va plasa un astfel de tabel, la care pe margine se va desena un semafor colorat corespunzător; în primul cerc se scrie NU, în al doilea UNEORI şi în al treilea DA (respectiv roşu, galben şi albastru).

NU

Cartofi prăjiţi, alune, nuci, plăcintă, prăjituri, bomboane, zahăr, miere, gem, stafide, jeleuri, covrigi, gogoşi, chips, peşte prăjit, legume prăjite, budincă, bacon, slănină, costiţă, siropuri, creme, băuturi răcoritoare cu zahăr, cereale cu zahăr, clătite, napolitane.

UNEORI (OCAZIONAL)

Îngheţată, unt de arahide, conserve de carne, hot dogs, şerbet, iaurt cu fructe, brânză, supe-cremă, pizza, lasagne, macaroane cu brânză, pâine integrală, cârnaţi, hamburger, biscuiţi, omletă cu brânză.

DA

Lapte degresat, salată verde, fructe proaspete şi conservate fără zahăr, legume, ouă, peşte fără ulei, carne (vită, slabă de porc), pui fără piele, murături, cereale fără unt, pâine neagră (de preferat Graham), mămăligă, macaroane, orez, cartofi (nu prăjiţi), brânză de vaci, telemea de vacă desărată, ridichi, ardei, castraveţi, andive, praz, ceapă verde, spanac, conopidă, varză, fasole verde.

7.10. Convulsiile

Termenul de convulsie se trage din latinescul *convellere* = a smulge, a dezrădăcina, a scoate. În forma tipică, criza începe brusc, fără ţipăt, cu

pierderea conştienţei, cu plafonarea globilor oculari (ochii sunt de obicei răsturnaţi în sus, pupilele ascunse sub pleoapa de sus) cu înţepenirea corpului, mişcări ale extremităţilor, paloarea şi uneori cianoza (învineţirea) feţei. Convulsiile pot să fie tonice (gr, *tonikos* = care se întinde), clonice (gr, *klonos* – agitaţie) sau, cel mai adesea, tonico-clonice. Convulsiile se definesc clinic prin: pierderea conştienţei, mişcări involuntare, cu alternare de contracţii şi decontracţii rapide ale muşchilor membrelor, trunchiului şi ale feţei. Se întâlnesc multe forme atipice, manifestate foarte variat: crize pur tonice; crize pur clonice; crize incomplete, localizate la o singură parte a corpului; simplă înţepenire a unui segment; secuse (lat, *succussus* = zguduire) ale degetelor mâinilor şi ochilor etc.

Frecvenţă. Crizele convulsive sau echivalenţele lor apar cel mai frecvent la sugar şi în prima copilărie. Nu toţi copiii care prezintă convulsii devin sau sunt epileptici.

Cauze:

– Convulsiile prin leziuni organice acute sau cronice ale sistemului nervos. Astfel de leziuni reprezintă urmarea suferinţei sistemului nervos la naştere (travaliu prelungit, prezentaţii anormale, diverse tipuri de hemoragii la naştere) sau însoţesc evoluţia encefalitelor acute, meningitelor, edemul cerebral, abcesul cerebral, encefalopatiile cronice.

– Convulsiile de origine „metabolică” sunt cele care se pot întâlni în caz de: hipocalcemie, hipoglicemie, tulburări electrolitice consecutive

deshidratărilor, diferite intoxicaţii. Dintre acestea cele mai frecvente sunt crizele prin hipoglicemie. Hipoglicemiile se întâlnesc la prematuri, la unii nou-născuţi cu greutate mică. Când în cursul unei pierderi de lichide (vărsături, diaree, insolaţie, supraîncălzire) apar convulsii, înseamnă că au intervenit tulburări grave (deshidratare gravă, acidoză, colaps, eventual hipernatremie) şi bolnavul necesită un tratament intens, prin perfuzii intravenoase.

– Diferite intoxicaţii pot genera convulsii: insecticidele din grupul substanţelor organo-fosforate – aşa-zisul „verde de Paris”, petrolul lampant; anilina din unele tuburi de culori sau din unele substanţe pentru întreţinerea încălţămintei; soluţiile pe bază de alcool sau esenţe pentru curăţirea petelor; naftalina, deodorizante pentru W.C. etc.; medicamente.

Convulsiile febrile. Odată cu creşterea febrei se poate instala brusc o stare de contractură a muşchilor, însoţită de mişcări dezordonate („clonii”) ale membrelor şi feţei. Apare mai des la sugar şi la copilul mic între 1 an şi 3 ani, cu prilejul îmbolnăvirii de orice boală febrilă. Copilul care a prezentat cândva convulsii febrile face mai uşor convulsii la o nouă infecţie. Dacă nu există un substrat organic patologic, tendinţa la convulsii febrile dispare după vârsta de 4 ani. Prin manifestările sale impresionante (copilul „dă ochii peste cap”, se „înţepeneşte”, îşi pierde conştienţa), convulsia febrilă alarmează pe cei din jur; de cele mai multe ori însă trece fără nicio consecinţă severă. De multe ori, după câteva

secunde sau minute convulsiile cedează, sunt urmate de transpiraţii şi copilul adoarme liniştit. Acest somn trebuie respectat. Convulsiile febrile nu trebuie puse pe aceeaşi treaptă cu crizele de epilepsie. Într-adevăr, copiii care au prezentat o dată sau de două ori scurte crize de convulsii febrile, în marea lor majoritate rămân fără urmări. Numai un număr restrâns de copii prezintă o tendinţă marcată la manifestări convulsive ulterioare. În caz de convulsii, mama şi anturajul îşi vor păstra stăpânirea de sine şi vor lua următoarele măsuri:

a) se vor pune 1 – 2 supozitoare de Paracetamol, care coboară febra şi combat convulsiile; b) se vor face fricţiuni cu apă călduţă sau împachetări parţiale (se înfăşoară membrele inferioare de la glezne până la genunchi cu o pânză îmbibată şi stoarsă cu apă rece de la robinet); c) în cazul în care convulsiile nu încetează, se va face o baie călduţă prelungită. Concomitent se anunţă Salvarea (961) sau medicul şi se transportă copilul de urgenţă la spitalul de copii cel mai apropiat. La spital, pe lângă tratamente şi supraveghere corespunzătoare, se vor face investigaţii care pot depista cauza sau substratul predispoziţiei la convulsii. Convulsiile prelungite sau care nu apar la începutul bolii, ci în evoluţia ei ulterioară, au o altă semnificaţie de gravitate decât convulsiile febrile simple.

Dacă un copil a prezentat în trecut convulsii, mama este datoare să aplice cu conştiinciozitate tratamentul recomandat de medic.

Boala spasmelor în flexie sau hipsaritmia este

o formă gravă de comiţialitate, care survine la sugar. Crizele constau în flexia anterioară a întregii părţi superioare a corpului (cap şi trunchi), de durată scurtă (1 – 3 secunde), repetată de mai multe ori pe zi. Se însoţesc de o scurtă pierdere a conştienţei, dificil de apreciat la această vârstă. Se asociază cu o regresiune psihică importantă. Aspectul electroencefalografic este foarte caracteristic: „hipsaritmie majoră”. Este o formă gravă de convulsii ce necesită tratamente prelungite.

Prognosticul convulsiilor poate fi formulat numai de către medic, în funcţie de cauza, durata şi frecvenţa convulsiilor. În orice caz, convulsia demonstrează o suferinţă gravă a organismului şi orice mamă este obligată să anunţe medicul de familie apropiat sau să ducă de urgenţă copilul la spital.

Tratament Supravegherea unui copil cu convulsii va fi foarte atentă. Se va nota ora la care a început convulsia şi durata ei. Se va lupta împotriva astupării bronhiilor, aşezând copilul culcat pe spate pe o parte (cu capul răsturnat pe spate şi situat mai jos decât trunchiul) şi se vor aspira secreţiile cu o sondă moale introdusă pe nări, deoarece gura este de obicei închisă, maxilarele încleştate. La sugarul mare, care are dinţi, pentru evitarea muşcării limbii, arcadele dentare se vor ţine îndepărtate cu o linguriţă înfăşurată cu mai multe straturi de tifon. Dacă sugarul este febril, i se va pune un supozitor pentru combaterea febrei (Paracetamol, Algocalmin) şi, eventual, i se va face o

împachetare. La copilul mare se pot pune dintr-odată 2 – 3 supozitoare. Dacă toate acestea au fost ineficace, până la venirea maşinii Salvării se vor face „împachetări” cu scutece îmbibate în apă rece, baie călduţă prelungită. Orice copil cu convulsii va fi dus la spital.

Toţi copiii care au prezentat convulsii se trec în evidenţă specială la dispensarul de copii şi sunt trataţi de către cabinetul de neuropsihiatrie al policlinicii.

Tratamentele de durată, dintre crize, instituite de medic vor fi respectate riguros de către părinţi.

Convulsiile constituie simptomul semnificativ al epilepsiei. Toţi copiii cu epilepsie vor fi supravegheaţi atât de medicul de familie, cât şi de specialistul din policlinică. Necesită tratament ani şi ani de zile.

7.11. Accidente şi intoxicaţii

Arsurile provocate de substanţe chimice pot fi periculoase şi chiar pot primejdui viaţa copilului. De obicei sunt datorate neatenţiei adulţilor şi subaprecierii îndemânării copiilor. Substanţele chimice necesare în gospodărie trebuie ţinute sub cheie. Substanţele acide (de exemplu esenţa de oţet) acţionează direct pe piele şi mucoase (colţul gurii, limba, cerul gurii, faringele) care iau un aspect albicios. Se poate da copilului să bea lapte. În cazul înghiţirii unei substanţe bazice (leşie, sodă caustică) se dă copilului să bea oţet diluat sau zeamă de lămâie.

Aceste măsuri au un rost numai dacă se iau imediat după ce substanţa a fost înghiţită, mai

târziu nu mai au niciun efect. Nu se recomandă provocarea vărsăturilor. Copiii cu arsuri provocate de substanţe chimice trebuie transportaţi fără întârziere la spital.

Arsurile şi opăririle sunt cauzele majorităţii accidentelor până la vârsta de 3 ani. De aceea copiii trebuie foarte bine supravegheaţi când sunt în bucătărie sau în spălătorie. Vasele conţinând *lichide fierbinţi* trebuie plasate în aşa fel încât copiii să nu ajungă la ele. Sunt tipice accidentele întâmplate cu copiii care nu se ţin încă bine pe picioare şi care caută un sprijin apucându-se de faţa de masă, pe care o trag, răsturnând tot ce se află pe ea. Cablurile electrice cu defecţiuni, fierul de călcat, cablurile de legătură puse în prize, prizele neacoperite pot provoca arsuri grave, prin *electrocutare*. Perna electrică poate provoca arsuri. Caloriferele încinse, sobele, uşile sobelor trebuie prevăzute cu dispozitive de protecţie. Opărirea gurii, limbii, gâtului poate fi provocată de conţinutul prea fierbinte al biberonului. Nu se va face duş copilului cu apă fierbinte necontrolată şi nici nu se va scufunda copilul într-o cadă care se umple întâi de la robinetul cu apă caldă.

@Arsurile şi opăririle de gradul întâi (numai înroşirea pielii) se spală timp mai îndelungat cu apă rece, pentru alinarea durerilor; la copiii mai mari se aplică alcool şi apoi comprese sterile. La arsuri de gradul al 2-lea (formare de vezicule) şi al 3-lea (pierdere de substanţă, sfacelare şi carbonizare) se acoperă locul arsurii cu pânză curată, copilul este învelit într-o pătură şi transportat de urgenţă la spital. În caz de opărire,

nu se va încerca niciodată să se scoată îmbrăcămintea aburindă, fumegândă, ci se va turna peste copil şi haine apă rece din abundenţă. După aceea copilul este înfăşat într-un cearşaf curat şi transportat de urgenţă la spital. Nu se aplică din proprie iniţiativă pansamente, comprese cu ulei, unguente, făină, pudre, urină (!). În timpul transportului, copilul trebuie ţinut la căldură, bine învelit, cu sticle cu apă caldă la extremităţi. I se dă să bea lichide călduţe zaharate.

Căderea cu traumatism cranian. Dacă un sugar cade de pe masa de înfăşat, de pe cântar sau din pătuţ, indiferent dacă apare un hematom (revărsat de sânge sub piele, prin ruperea unor vase) sau are semne de comoţie (pierderea conştienţei, vărsături), va fi dus la medic şi i se va face o radiografie cranianã. Pe zona unde se constată vânătăi, se pot aplica, fie comprese reci, fie o pungă cu gheaţă.

Strangularea prin hamuri, scutece, bretele, deşi sau alte mijloace de fixare a sugarului este mai rară acum, căci se folosesc mult mai rar decât altă dată. Şnururile lungi de la bonete, cămăşuţe sau căciuliţe pot să înconjure gâtul sugarului, producând o strangulare adevărată, agravată prin eforturile copilului de a scăpa din strânsoare. S-au descris cazuri de strangulări cu sforile de care se agaţă jucăriile sau prin gratiile defecte ale paturilor sau ţarcurilor, prin scutecele sau cearşafurile cu care se leagă sugarii mari ca să nu escaladeze marginile paturilor.

De aceea, sunt interzise hamurile la copii, iar în instituţiile pentru copii, în spitale şi în familie se

recomandă să se folosească paturi cu margini înalte sau cu somieră deplasabilă.

Sufocarea prin lenjeria de pat este relativ rară. Acest accident se poate produce dacă sugarul alunecă sub cearşafuri şi pătură, când se agită în timpul somnului sau dacă se trezeşte. Copilul se zbate puţin, nu ţipă şi nu atrage atenţia anturajului. Apoi devine cianotic şi-şi pierde complet conştienţa. Când copilul supravieţuieşte, pot rămâne sechele nervoase importante.

Ca măsură imediată, copilul va fi scos la aer curat, i se va face respiraţie „gură la gură” şi se va chema de urgenţă salvarea.

Semnalăm, la sugarul mare şi copilul mic, posibilitatea sufocării prin pungi de material plastic. O astfel de pungă se mulează pe faţă, astupă nasul şi gura, antrenând o asfixie rapidă, pe care copilul nu ştie să o evite.

Corpii străini (sâmburi, boabe, bile, nasturi etc.) introduşi în *cavităţile naturale* (nas, ureche, vagin, uretră) vor fi extraşi *numai* de medicii specialişti. Orice tentativă inoportună a părinţilor de a scoate corpul străin (de obicei cu instrumente inadecvate), poate înfunda şi mai mult obiectul, făcând uneori imposibilă extragerea prin manevre simple (se impune intervenţia chirurgicală!).

Inhalarea de corpi străini este o cauză de accident (adesea mortală prin astuparea traheei şi sufocare). Corpii străini inhalaţi pot fi particule alimentare (bomboane, alune, boabe de cereale sau de mazăre, lichid de vărsătură etc.) sau nealimentare (bile din jucăriile sunătoare, mărgele, nasturi, monede, obiecte mici din

material plastic). Nocivitatea corpilor străini vegetali este bine cunoscută: ei se umflă în contact cu secreţiile bronşice accentuând asfixia.

Pătrunderea hranei sau a altor corpi străini pe trahee declanşează o reacţie de tuse brutală, prelungită, cu roşirea feţei, apoi în cazul în care corpul străin nu este eliminat cu învineţirea ei, organismul încercând să îndepărteze corpii străini.

Sugarii şi copiii mici se îneacă relativ rar în timpul meselor; mai uşor se întâmplă să se înece în timpul vărsăturilor. Este periculoasă pătrunderea de alimente sau corpi străini în căile aeriene la prematuri, la care reflexele de apărare sunt încă insuficient dezvoltate; ei se pot îneca şi în timpul somnului. Este necesară internarea copilului, examenul medical atent, examenul radioscopic (pentru localizarea corpului străin radio opac) şi, eventual, bronhoscopie pentru extragerea sa.

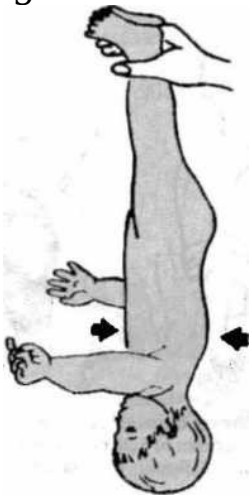


Fig. *7.14* – Manevra prin care se încearcă

eliminarea corpului străin din căile aeriene la copilul mic. Săgeţile indică sensul efectuării compresiunii.

Cazurile cele mai grave sunt acelea când corpul străin este fixat la nivelul laringelui sau traheei. Moartea prin asfixie este iminentă. Se vor aplica (de multe ori salvator) următoarele manevre:

– Întâi se încearcă îndepărtarea cu degetul arătător a corpului străin din laringe. Tusea declanşată prin aceasta poate să favorizeze eliminarea sa;

– *sugarul sau copilul mic* va fi ridicat, suspendat de picioare şi se vor aplica asupra cutiei toracice, la nivelul arcurilor costale mai multe compresiuni puternice (fig. 7.14). Dacă este vorba de un sugar şi persoana care acordă primul ajutor este singură, va ţine cu o mână sugarul suspendat de picioare, iar cu cealaltă îl va apăsa de 2 – 3 ori puternic pe propriul său corp. Compresiunea va fi efectuată la nivelul arcului costal (anterior sau posterior);

– *la copilul mai mare sau la adolescent* se va aplica manevra Heimlich (ilustrată în fig. 7.15). Ajutorul se aşază în spatele copilului asfixiat, şi înconjură talia cu braţele şi apucă cu mâna dreaptă articulaţia pumnului stâng. Apoi se face mâna stângă pumn şi se apasă puternic în zona epigastrică (în capul pieptului) a copilului. Presiunea asupra stomacului şi ficatului împinge diafragmul în sus, zonele inferioare pulmonare sunt comprimate, iar aerul astfel împins spre căile respiratorii superioare poate antrena corpul

străin.

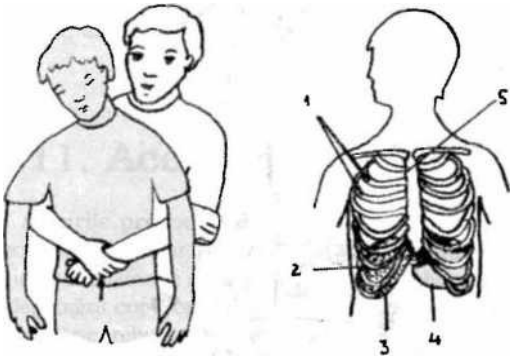


Fig. *7.15* – a) Manevra Heimlich pentru eliminarea corpului străin din căile aeriene; b) Schema organelor: 1. costale;

2. diafragmul; 3. ficatul; 4. stomacul; 5. sternul.

Manevra Heimlich este foarte eficace, dar chiar în caz de succes este traumatizantă. Bolnavul va fi transportat la medic, cu menţiunea că a fost aplicată această metodă de salvare.

Profilaxia inhalării de lichide în căile aeriene se impune la toţi bolnavii cu convulsii, în comă (intoxicaţii sau de altă cauză), accidentaţi cu hemoragii în regiunea bucofaringiană.

De aceea, transportul acestor cazuri se face într-o poziţie care să evite inhalarea lichidelor. La nevoie se înlătură cu degetul înfăşurat într-o compresă cheagurile de sânge, secreţiile etc., eliberându-se în acelaşi timp şi fosele nazale.

Intoxicaţiile (otrăvirile) accidentale sunt foarte frecvente la sugar şi copilul mic. Copilul duce şi bagă în gură tot ce se poate apuca: substanţe de uz casnic (detergenţi, petrol, sodă caustică) sau medicamente care „întâmplător”

ajung la îndemâna lui.

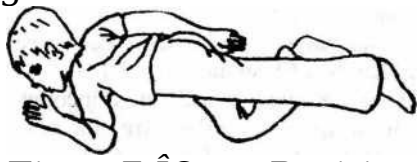


Fig. *7.Î6* – Poziţia copilului cu pierderea conştienţei: aşa-numita poziţie de decubit lateral stabil.

Fig. *7.17* – Provocarea vărsăturii în caz de intoxicaţii prin ingestie accidentală.

În unele cazuri se ajunge la *intoxicaţii medicamentoase* în urma unor confuzii: mama administrează („din fugă”, „din greşeală”, pe „întuneric”, „în timpul nopţii”) un medicament care se aplică numai extern sau care este contraindicat la copii, ca de exemplu unele somnifere (Ciclobarbital), calmante ale tusei „prafuri” sedative care conţin medicamente toxice pentru sugari etc. Sugarul mai poate fi otrăvit *prin supradozarea* medicamentului, mama nerespectând cantităţile şi ritmul administrării indicate de către medic (sirop de Romergan, poţiuni expectorante sau sedative formulate de către medic).

Cea mai frecventă cauză de otrăvire este determinată de prostul şi răspânditul obicei de a pune la un loc – pe o noptieră, pe bufet sau prin sertare – toate medicamentele. O altă greşeală frecventă constă în aceea că mamele lasă pe noptieră cosmetice (colonie, pudră, deodorante, vopsea de păr etc.).

Încercarea mamei sau a persoanei din neglijenţa căreia a avut loc intoxicaţia de a ascunde restului familiei sau medicului natura şi cantitatea substanţei şi împrejurările în care a survenit otrăvirea, are consecinţe grave.

Primele ajutoare. Cele mai multe intoxicaţii prin înghiţire se descoperă nu prin simptomele de boală, ci prin constatarea că „toxicul” a dispărut.

Ce fac părinţii? Copilul trebuie să primească multă apă (simplă sau îndulcită) cu condiţia să nu aibă starea de conştienţă pierdută şi să nu fi băut un acid (oţet) sau bază (sodă caustică). Apoi copilul este aşezat dea curmezişul pe coapsele unei persoane adulte (care stă pe un scaun) şi este fixat cu faţa în jos, cu capul mai jos decât restul corpului, abdomenul fiind comprimat. Adultul introduce în faringele copilului un deget (învelit într-o batistă curată) sau coada unei linguri, provocând vărsătura (fig. 7.17).

Restul de substanţă toxică, ambalajele rămase şi lichidul de vărsătură vor fi luate neapărat şi duse, odată cu copilul, fără întârziere, la cea mai apropiată instituţie sanitară pentru copii; când spitalul nu este aproape, copilul va fi dus la dispensarul teritorial, pentru a i se face o spălătură gastrică şi pentru a i se administra

medicamentele adecvate.

În unele oraşe a luat fiinţă un cabinet medical de unde se oferă telefonic sfaturi pentru urgenţe medicale. Medicul de familie este dator ca pe caietul copilului să noteze şi numărul telefonului respectiv.

Reguli de bază pentru părinţi (şi pentru cadrele medii care sunt consultate telefonic în caz de intoxicaţie):

– *să se dea copilului să bea lichide*;

– *să nu se dea lapte* (cu excepţia ingestiei de acizi);

– *să se declanşeze vărsăturile* (cu excepţia ingestiei de petrol, de detergenţi, de acizi sau baze tari);

– *să nu se piardă timpul*;

– *să se prezinte medicului restul substanţei şi ambalajul*;

– *să nu se ascundă adevărul* asupra împrejurărilor în care a survenit otrăvirea.

Dintre remedii, se poate apela în primele 30 minute de la ingestie, la cărbune animal (Carbo medicinalis, dizolvat în apă sau sirop, care elimină toxicul prin fecale. De asemenea, administrarea de oleu de parafină sau de 2 g sulfat de sodiu pe an de vârstă, ca purgativ (grăbeşte evacuarea substanţei înghiţite). Lichidele date din abundenţă provoacă diureză, ceea ce grăbeşte eliminarea toxicului prin urină. Se vor lua măsuri pentru a evita răcirea copilului, care survine adesea în cursul otrăvirilor grave.

Intoxicaţia prin contactul unei *substanţe otrăvitoare cu pielea*. Copilul va fi dezbrăcat şi

spălat cu duşul sau în cădiţă, cu apă multă (care se împrospătează mereu). Dacă toxicul este înglobat într-o substanţă grasă, spălarea se va face – cu apă caldă şi multă spumă de săpun. La sugar nu se vor folosi alcoolul, benzina şi eterul (substanţe liposolubile) pentru îndepărtarea toxicului, deoarece aceste substanţe volatile pot deveni ele însele toxice, prin inhalare.

Se administrează copilului ceaiuri călduţe bine îndulcite (favorizează diureza).

În caz că *substanţa chimică* (substanţă acidă, caustică, var, mină de creion chimic) a ajuns la *ochiul copilului*, primul ajutor este de importanţă maximă. Se vor deschide larg pleoapele şi se va spăla ochiul din abundenţă, sub jet de apă călduţă, turnată cu un ibric (fig. 7.18).

Fig. *7.18* – Spălătură oculară în caz de leziune caustică a ochiului. Bolnavul se culcă pe partea ochiului afectat, capul depăşind puţin marginea mesei (sau patului) pentru a se putea ţine dedesubt un vas. Spălarea se face cu jet de apă călduţă, pleoapele ochiului respectiv fiind menţinute depărtate de către un ajutor.

În intoxicaţia prin medicamente administrate sub formă *injectabilă* (medicamente necorespunzătoare sau supradozate – fenobarbital, clordelazin etc.) se dă copilului să

bea lichide îndulcite. Dacă înainte de a fi dus la spital, se prezintă la cabinetul medicului de familie, sora de cabinet va administra intravenos soluţie de glucoză 10 – 20%.

Intoxicaţiile prin inhalare (oxid de carbon de la o sobă defectă încălzită cu mangan, gaz metan, fricţii cu alcool, atmosferă de fum de ţigară, gaze de eşapament, fum de la un incendiu) copilul va fi scos imediat la aer curat; la nevoie se efectuează respiraţie „gură la gură”.

Plăgile. Accidente cu răniri grave se pot întâmpla în casă, mai ales cu obiecte ascuţite (cuţite, furculiţe şi ace care nu sunt puse la loc ferit), cu jucării necorespunzătoare, precum şi în urma lovirii de colţurile mobilei. La copilul mare sunt frecvente rănirile în excursii, în cursul jocului, prin cădere, lovire sau tăiere din neatenţie.

Plaga nu va fi atinsă cu mâinile nespălate sau cu lenjerie murdară. Rănile superficiale se şterg cu alcool iodat, apoi se aplică peste ele o compresă sterilă care se fixează cu o faşă sau cu leucoplast (în lipsa acestora, cu o bandă dintr-o bucată de pânză curată). Copilul va fi dus apoi la dispensarul policlinic, pentru a se face „toaleta” plăgii de către specialist şi profilaxia tetanosului (foarte important!).

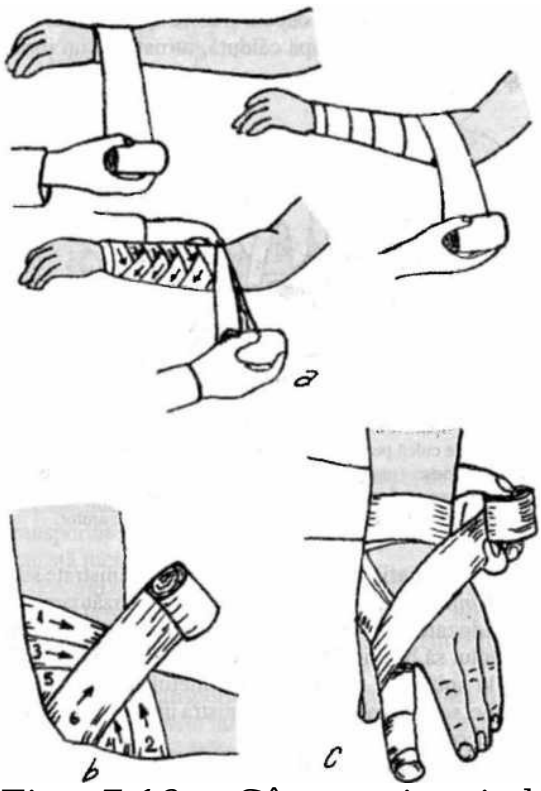


Fig. *7.19* – Câteva tipuri de pansamente: a) pansament la antebraţ (în spirale sau în spic); b) pansamente la articulaţia cotului; c) pansamentul unui deget.

se pot folosi bucăţi de cauciuc de bicicletă, bretele de pantalon, fâşii de fular. Se va nota pe un bilet sau, cu pix, direct pe pielea copilului ora la care să aplicat garoul. Acesta trebuie să fie lărgit după 1 ½ oră pentru 1 – 2 minute, pentru a permite irigarea cu sânge a segmentului ligaturat.

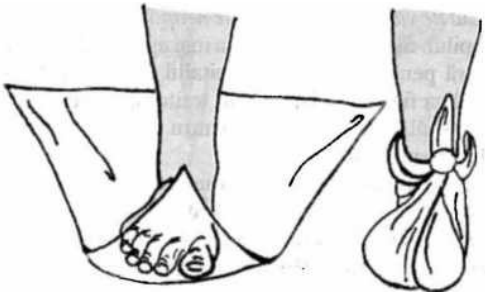


Fig. *7.20* – Bandajul unui picior cu ajutorul unui triunghi din pânză.

Fig. *7.21* – Pansament în cazul unei leziuni oculare. Se procedează similar în cazul leziunilor urechii.

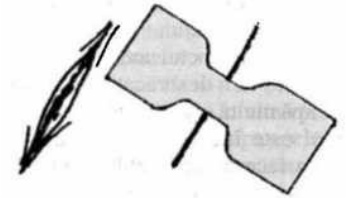


Fig. *7.22* – în cazul unei plăgi tăiate (nu prea mari) se poate realiza menţinerea apropiată a buzelor plăgii cu ajutorul unei benzi de leucoplast, până la efectuarea tratamentului chirurgical.

Hemoragiile pot fi: capilare (din vase mici, superficiale, se opresc de regulă de la sine); arteriale (prin lezarea unei artere se scurge sânge de culoare roşudeschis, ritmat de unda pulsului;

duc rapid la pierderi mari de sânge); venoase (sângele de culoare roşu-închis se scurge uniform cu viteză mică).

Primul ajutor trebuie acordat cu calm. Pentru hemoragia arterială se aplică un garou la un lat de palmă mai sus (spre inimă) de plagă. Drept garou se poate folosi o pânză îndoită, aplicată ca o „cravată” şi strânsă până la sistarea hemoragiei, apoi înnodată. La nevoie

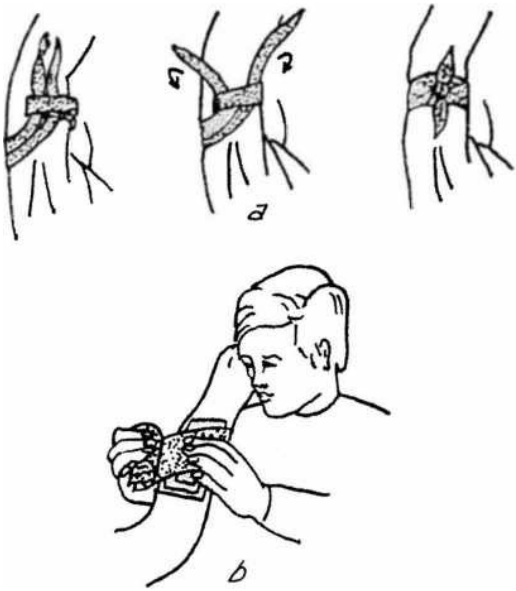


Fig. *7.23* – Efectuarea hemostazei: a) în hemoragia arterială se aplică un garou; b) în hemoragia capilară sau venoasă – un pansament compresiv.

Hemoragiile capilare şi venoase pot fi oprite prin simplu pansament compresiv (mai multe bucăţi de pansament steril sau pânză curată, fixate cu faşă).

Pentru asigurarea irigaţiei cu sânge a organelor vitale, în orice hemoragie severă se

recomandă ridicarea în poziţie verticală a membrelor inferioare (şi eventual înfăşurarea lor strânsă, începând de la picior spre rădăcina membrului). Administrarea de lichide (ceai îndulcit) este necesară în orice hemoragie severă.

În figurile 7.20,7.21,7.22 şi 7.23 sunt schiţate câteva tehnici în asistenţa cu plăgi traumatice.

Sângerarea nazală. Copilul va sta în şezut, cu capul uşor aplecat înainte, iar mama va comprima bine narina din care se scurge sângele (sângerările uşoare încetează în câteva minute). În cazul în care sângerarea survine după un traumatism (cădere, lovitură, înţepare), copilul va fi dus la un cabinet medical ORL. Repetarea sângerărilor nazale necesită consultul medicului specialist, pentru a se constata dacă este vorba de o boală generală sau locală. De cele mai multe ori sângerările nazale sunt cauzate de leziunile de grataj prin scărpinarea în nas.

Fractura este denumirea medicală a ruperii unui os. În acest caz, membrul respectiv îşi modifică conturul şi prezintă o mobilitate acolo unde în mod normal ar trebui să fie rigid. În caz că fragmentele osoase străpung pielea (fractură deschisă), diagnosticul este şi mai evident. În principiu, dacă un copil acuză dureri violente pe traiect osos, se va proceda ca şi cum ar fi vorba de o fractură sigură. La copii există un tip de fractură, denumit „în lemn verde”, în care osul nu este complet rupt (deci lipseşte mobilitatea anoirnală), iar conturul osos nu este prea mult modificat. În orice suspiciune de fractură, se va imobiliza segmentul lezat (atelă improvizată,

atârnat de gât etc.), (fig. 7.24) şi se va transporta de urgenţă copilul la spital.

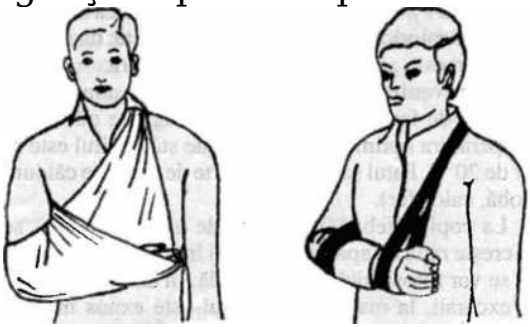


Fig. *7.24* – imobilizarea braţului: cu ajutorul unei pânze triunghiulare sau cu ajutorul unei eşarfe.

Entorsele reprezintă rupturi ale ţesuturilor din jurul articulaţiilor. În *luxaţii*, rupturile sunt atât de mari, încât capetele oaselor părăsesc articulaţia respectivă. De obicei, aceste tipuri de leziuni traumatice *nu se* asociază cu fracturi. Şi în aceste cazuri se remarcă deformarea zonei (doar în jurul articulaţiei), dar nu există mobilitate anormală. Fiindcă durerea este deosebit de mare, se va proceda ca în cazul fracturii.

Înţepăturile veninoase. Se va extrage întâi acul insectei, apoi se va aplica o compresă cu alcool (sau cu scrum de ţigară); peste compresă se va aşeza o pungă cu gheaţă. În caz de înţepături de păianjeni veninoşi sau scorpioni (uneori, pericol mortal!), se va aplica o pungă cu gheaţă peste înţepătură, iar deasupra zonei de înţepătură se va fixa un garou; copilul va fi transportat de urgenţă la spital. La fel se procedează şi în cazul unei muşcături de şarpe. La copiii alergici cu reacţii violente şi grave după înţepături de insecte

(viespe, albină, păianjeni etc.) medicul de familie va întocmi o trusă de urgenţă, folosibilă la nevoie.

Supraîncălzirea (şocul caloric, insolaţia). Şocul caloric este un accident frecvent care se produce într-o atmosferă prea caldă. La nounăscut şi sugar, şocul caloric se produce uşor.

a) Cauze: temperatura ridicată a mediului înconjurător, excesul de îmbrăcăminte, aportul insuficient de lichide. Creşterea temperaturii exterioare constituie elementul dominant. Originea căldurii poate fi: solară (copil plimbat în braţe sau cărucior, fără pălăriuţă); lăsarea copiilor în automobile cu geamurile închise, pe o perioadă mai mult sau mai puţin lungă. Chiar dacă maşina staţionează iniţial la umbră, prin rotirea soarelui se poate transforma interiorul ei într-un „cuptor” a cărui temperatură poate depăşi 40°C (este versiunea modernă a şocului caloric); de la o sobă prea încălzită; dacă patul copilului este aşezat lângă sursa de căldură.

b) Prevenire. Încă de la prima vizită la nounăscut, medicul de familie trebuie să convingă pe părinţi că temperatura optimă în camera unde stă copilul este în jur de 20°C. Patul se aşază departe de sursa de căldură (sobă, calorifer).

La copilul febril, indiferent de originea febrei, se va creşte raţia de apă, copilul va fi îmbrăcat mai uşor şi nu se vor folosi sticle cu apă caldă. În anotimpul cald, în excursii, la mare când copilul este expus mult la soare, va fi îmbrăcat uşor, cu pălăriuţă pe cap şi va bea lichide multe.

c) Cum se recunoaşte. La început,

următoarele manifestări pot atrage atenţia: temperatura se ridică la 39.40°C; copilul refuză sau primeşte foarte puţină mâncare; pielea este roşie, congestionată, caldă şi acoperită de sudoare; devine agitat, plânge, ţipă, se mişcă neîncetat (ceea ce favorizează creşterea temperaturii); setea este intensă; nou-născutul sau sugarul execută mişcări de supt ori de câte ori i se apropie un obiect de buze.

În acest stadiu, un tratament simplu este suficient pentru a face să dispară toate tulburările (sustragerea de la sursa de căldură, dezbrăcarea şi aportul de lichide).

În absenţa tratamentului, tabloul clinic se agravează: apar semne de deshidratare ca: uscăciunea limbii, ochii se înfundă în orbite, fontanela se deprimă. Dacă se prinde pielea între două degete, cuta provocată persistă. Se adaugă tulburări ale conştienţei, îndeosebi crize convulsive; faţa devine cenuşie, cianotică, febra persistă.

În stadiul al treilea apar semne preagonice: hipo termie, paloare şi răcirea extremităţilor, comă.

Aceste stadii se succedă foarte repede, cu atât mai rapid cu cât copilul este mai mic.

d) Tratament în stadiul iniţial:

– copilul va fi transportat într-o cameră răcoroasă, bine ventilată, pentru al sustrage acţiunii căldurii;

– va fi complet dezbrăcat şi introdus într-o baie cu temperatura apei mai joasă cu 2°C decât cea a corpului său, măsurată rectal, apoi baia se

va răci progresiv (o altă metodă constă în a înveli copilul cu un prosop înmuiat în apă rece);

– dacă este treaz, i se va da să bea, ghidându-se după setea copilului; dacă primeşte, se poate da, pe lângă ceai îndulcit şi apă uşor sărată (2 – 3 g de sare la un litru de apă).

– se va administra aspirină sau un supozitor de paracetamol.

În faza de deshidratare, tratamentul de urgenţă trebuie efectuat numai în spital.

Reanimarea cardio-respiraâorie este necesară de urgenţă ori de câte ori funcţia inimii şi respiraţia sunt grav afectate. Primul ajutor trebuie acordat în decurs de câteva minute. O privire rapidă asupra victimei va stabili: *dacă respiraţia sa oprit complet*, *dacă mai sunt prezente respiraţii rare*, *suspinoase şi dacă bătăile inimii sunt mai prezente*. În funcţie de acestea se vor adapta procedeele de reanimare.

a) *Respiraţia gură la nas*. Se eliberează căile aeriene de mucozităţi, sânge, lichid de vărsătură sau alţi corpi străini (în caz de înec se lasă să se scurgă apa ţinând capul victimei în jos). Se aşază copilul în decubit dorsal, pe un plan dur, perfect orizontal cu capul flectat pe spate (fig. 7.25). Reanimatorul se aşază lateral, cu o mână ţine bărbia astfel ca gura copilului să fie închisă (împiedică alunecarea înapoi a limbii); cu cealaltă mână, aplicată pe creştetul capului, menţine flexia capului. Apoi aplică etanş buzele în jurul nasului victimei şi insuflă propriul aer expirator sub presiune moderată (cutia toracică a victimei se ridică). Se îndepărtează apoi, iar aerul insuflat se

evacuează spontan (cutia toracică coboară).

b) *Respiraţia gură la gură*: aceeaşi tehnică, dar insuflarea aerului se face pe gura victimei, ţinându-se nasul pen sat (fig. 7.26). La sugar şi copilul mic se pot cuprinde concomitent gura şi nasul victimei.

Frecvenţa insuflărilor: pentru şcolar (şi adult) 20 pe minut; pentru copilul mic 30 pe minut; pentru sugar 35 pe minut.

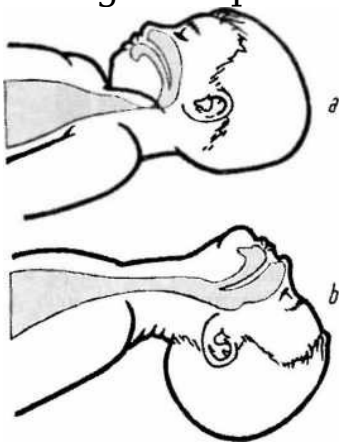


Fig. *7.25* – Poziţia capului victimei, în care se asigură permeabilitatea căilor aeriene.

Fig. *7.26* – Respiraţia gură la gură.

c) *Masajul cardiac extern* se practică în cazul opririi bătăilor cardiace sau absenţei pulsului. Reanimatorul se aşază lateral de victimă (care e culcată pe un plan dur, cu capul întors lateral) şi

efectuează compresiuni ritmice asupra peretelui anterior toracic (în treimea inferioară a sternului) spre coloana vertebrală, în scopul comprimării inimii din care se evacuează sângele în aortă. Când compresiunea încetează, inima se umple din nou cu sânge etc. *La sugar* este recomandată tehnica bidigitală (fig. 7.27). Frecvenţa compresiunilor este de 120 pe minut; *la copilul mic* se practică masajul cardiac cu o singură mână, cu o frecvenţă de 90 pe minut; *la copilul mare şi adult* se foloseşte tehnica bimanuală. Ambele mâini, suprapuse, execută compresiuni ritmice, mai puternice, în treimea inferioară a sternului cu un ritm de 60 pe minut (fig.7.27; 7.28).

d) *Reanimarea asociată cardio-respiratorie* îmbină ambele metode. Dacă reanimatorul este singur, execută întâi 6 insuflaţii, apoi 15 compresiuni toracice. Dacă are un ajutor, se practică concomitent cele două tehnici, adecvate vârstei copilului.

O măsură ajutătoare este ridicarea în poziţie verticală a membrelor inferioare ale victimei, pentru a se asigura o cantitate mai mare de sânge circulant pentru organele vitale (în special pentru irigarea creierului, care suferă cel mai mult de pe urma lipsei de sânge oxigenat).

Durata manevrelor de resuscitare. În caz că nu se constată eficienţa acestor măsuriele vor fi continuate până la venirea medicului sau cel puţin 60 de minute! *În caz de eficienţă – până când pielea victimei se colorează în roz, pupilele se micşorează şi mişcările respiratorii se fac spontan*.

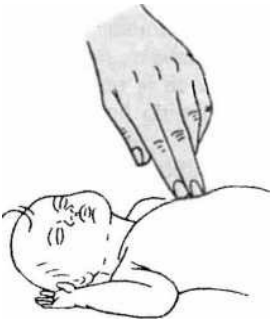


Fig. *7.27* – Masajul cardiac extern; tehnica bidigitală.

Fig. *7.28* – Tehnica masajului cardiac extern bimanual.

8

SĂ SE PREVINĂ! ESTE CEL MAI BINE

8.1. Copilul are nevoie de dragoste. Relaţia mamă-copil-tată

Naşterea reprezintă o veritabilă răvăşire fizică şi sufletească pentru femeie şi fătul său. În câteva momente, după travaliul naşterii sau după o cezariană, ei se despart. Pentru societate femeia devine mamă, iar fătul – copil.

În realitate o femeie, mai ales primipara

(*femeia care naşte prima dată*), *nu devine cu adevărat şi dintr-odată mamă. Trebuie să parcurgă un drum mai mult sau mai puţin lung până când fiecare intră în rolul lui de mamă şi copil. Trebuie să înveţe să se desprindă şi să se cunoască unul pe altul, să se potrivească în toate contactele, nevoile şi actele ce le vor trăi şi face împreună. Ambii trebuie să-şi înveţe meseria şi să-şi trăiască misiunea de a convieţui împreună ca mamă şi copil, ca un cuplu care să se însere treptat cu celălalt partener de viaţă – tatăl.*

Primele relaţii intime sunt carnale, fiecare cu ce este înzestrat pentru a fi de folos celuilalt şi de a se ajunge la o oarecare stare infuzională propice instalării unor interacţiuni. Primele capacităţi sunt senzoriale. El o simte, o cunoaşte şi se apropie de ea prin simţuri. Mai întâi prin piele (*moale, catifelată, caldă*), *prin mirosul, gustul şi saţietatea ce i se oferă prin supt. Ulterior, treptat, el comunică prin auz, privire. Destinderea bruscă după chinurile travaliului şi apariţia nou-născutului* (*prin primul ţipăt, aspectul fizic şi mai ales luatul în braţe*) *induc la mamă un sentiment de dragoste,* de *satisfacţie, de împlinire care o fac să-i transmită aceste trăiri prin mângâiere, dorinţa de al ţine în braţe, de al privi, de ai vorbi. Mama resimte o tandreţe unică, ce devine permanentă. Din acest moment, fiecare intră în rolurile de mamă şi respectiv de copil.*

Relaţiile se îmbogăţesc fără încetare. În acest timp, tatăl nu rămâne inactiv. La început este mai timid şi fără abilitate. Se stabilesc interacţiuni asemănătoare (*chiar dacă sunt manifestate diferit*)

care să-i permită să împărtăşească aceeaşi dragoste, de aşi găsi rolul său în echilibrul relaţional în grupul mamă-copil-tată. Această comunitate a celor trei trebuie să se instaleze, să se adapteze şi să se diferenţieze la toate perioadele vieţii copilului. Astfel el devine tatăl copilului.

Trebuie ştiut că sentimentele de dragoste şi lungul lanţ de interrelaţii mamă-copil-tată se desfăşoară în mare, în mod fericit, dar sunt situaţii mai dificile, uneori de criză. Dragostea faţă de copil, armonia între părinţi sunt puse adesea inerent la încercare. În orice moment părinţii trebuie să dovedească tact, calm, răbdare, multă disponibilitate şi unitate de vederi şi de metode în telul cum îngrijesc copilul în mod obişnuit, dar şi în situaţii neprevăzute sau nedorite.

Amintim dintre aceste dificultăţi sau crize. La sugar unele greşeli de îngrijire corporală sau de alimentaţie din partea mamei, colicile, tulburări de apetit sau de somn. La copiii mici este nevoie de răbdare şi de rezistenţă fizică pentru a face faţă la manifestările de negativism, de „neastâmpăr permanent". de pasiunea de a răvăşi de a cotrobăi sau chiar de a distruge totul. La copilul de grădiniţă dificultăţile de *adaptare în colectivitate. La şcolar tulburările de comportament şi/sau eşecurile la învăţătură. La pubertate situaţiile conflictuale cu familia, ataşarea de grupuri* de *parteneri cu activităţi antisociale, fumatul, alcoolismul, drogurile, vagabondajul.*

Părinţii trebuie să fie solidari şi cu păreri similare în manifestările de dragoste, dar şi în măsurile de corecţie. Să păstreze o comunicare permanentă cu copiii, în dialog pe picior de egalitate, de înţelegere a mutaţiilor care au intervenit în timpurile actuale în educaţia şi comportamentul copiilor de toate vârstele.

Tot mai mult se întâlnesc situaţii de criză între părinţi şi copii cu deteriorarea sentimentelor şi armoniei în familie ajungându-se la respingere, ostilitate, indiferenţă, uneori la brutalităţi. Şi în astfel de situaţii trebuie să intervină măsurile de prevenţie şi părinţii să apeleze şi să colaboreze cu cadrele didactice, cu medicul de familie, cu psihologul şi în situaţii patologice cu specialistul în psihiatrie infantilă.

Orice copil trebuie examinat în mod regulat în timpul perioadei de creştere. În toate ţările civilizate sau fixat norme şi programe de consultaţii preventive.

Astfel, în Franţa, sunt prevăzute de la o la 6 ani 20 de examene. Repartiţia prevăzută de un decret special este de un examen pe lună, în cursul primului an de viaţă, un examen la fiecare trei luni în al doilea an şi un examen la fiecare şase luni până la 6 ani.

În România, Institutul pentru Ocrotirea Mamei şi Copilului „Alfred Rusescu" a fixat următorul ritm de supraveghere prin examene de bilanţ la copilul mai mic de 4 ani: la externarea din maternitate; la 1,2,4,6,12,18 luni; la 2,3 şi 4 ani.

Toţi copiii din România beneficiază de

asistenţă medicală gratuită din momentul naşterii şi până la împlinirea vârstei de 18 ani.

8.1.1. Medicul de familie şi/sau pediatrul

Cei doi sunt singurii care intervin după externarea din maternitate pentru asistenţa nounăs cutului. Ei joacă un rol esenţial: primirea copilului şi mamei în familie, cunoaşterea perfectă a familiei (copii legitim, copil dorit sau nedorit, condiţiile sociale, afective, economice şi materiale).

Ei devin actorii esenţiali în:

– urmărirea dezvoltării fizice (greutate, lungime, perimetre, proporţii) şi psihomotorii (tonus, motricitate, organe de simţ, inserţie socială, limbaj etc.*) şi depistarea precoce a anomaliilor de dezvoltare;*

– alimentaţia, prevenirea malnutriţiei, rahitismului, anemiei carenţiale, cariilor dentare;

– vaccinările;

– urmărirea copiilor handicapaţi fizic sau psihic sau risc crescut;

– instruirea părinţilor în igiena corporală, a mediului înconjurător şi a activităţilor care contribuie la stimularea dezvoltării şi păstrării de sănătate (aer, tulburări, jocuri, sport, organizarea timpului liber);

– preluarea problemelor socioeconomice şi familiale şi sesizarea instituţiilor, organizaţiilor, fundaţiilor care pot contribui la ameliorarea lor.

Imediat după externarea din maternitate, familia va înscrie copilul pe lista unui medic de familie (medic de medicină generală care consultă şi copii; pediatri, medici specialişti în pediatrie cu

cabinete care au primit autorizaţia de a elibera reţete gratuite şi care efectuează şi vaccinările).

Medicul care îngrijeşte copilul trebuie să îndeplinească unele condiţii:

– să se priceapă în medicina copilului sănătos şi bolnav;

– să aibă, pe cât posibil, o asistentă care să-l ajute în asistenţa copilului mai ales în primii ani: *asistenta pediatrică sau o asistentă de medicină de familie*; *aceasta îl sprijină în vizitele la domiciliu, în instruirea mamelor în ce priveşte unele îngrijiri ca*: *tehnica alimentaţiei, baia copilului, vaccinări, efectuarea unor tratamente profilactice sau în caz de îmbolnăviri* etc.

– să accepte: *vizite la domiciliu, chemări şi în timpul nopţii*; *asigurarea unui înlocuitor în caz de concediu*; *să fie dispus să dea sfaturi la telefon*;

– să ajute pe mamă să întocmească un „caiet de sănătate" în care medicul să scrie, la fiecare vizită, ce constată la examinarea copilului, precum şi recomandările de alimentaţie şi tratament; *mama va arăta cele observate la copil* (*alimentaţie, scaune, somn, colici*) *şi cifrele rezultate din cântăririle săptămânale în primul an de viaţă, trimestriale la copilul mic şi anuale la copilul mare*.

Între medicul de familie şi familie sunt necesare relaţii bune, de comunicare şi încredere reciprocă. Este bine ca medicul să folosească un limbaj pe înţelesul mamei, să explice termenii medicali, să nu ironizeze sau să umilească pe mamă şi să nu fie grăbit.

Mama, la rândul ei, nu trebuie să aibă

pretenţii absurde, şi să nu culpabilizeze pe medic sau pe asistenta de familie pentru greşeli absurde. Medicina nou-născutului, a sugarului şi copilului mic nu este deloc uşoară şi cel mai priceput medic nu poate să precizeze diagnosticul de moment şi de viitor atât în ce priveşte starea de normalitate şi de dezvoltare normală, dar şi în cazul unor boli.

Mama şi tatăl să nu ezite să pună orice întrebare în ce priveşte dezvoltarea, alimentarea, îngrijirile şi modificările în starea de sănătate şi comportament ale copilului. Mama este de mare ajutor în lămurirea medicului cu problemele ivite, dar şi în respectarea recomandărilor. În caz de eşec în relaţia medicpărinţi, legea Casei de Asigurări de Sănătate permite schimbarea medicului de familie după minimum 3 luni de la *înscrierea pe lista de pacienţi. Înainte de a aplica o astfel de hotărâre este bine ca părinţii să se gândească dacă o parte din neînţelegeri nu le aparţin. Cel mai bun medic este cel care cunoaşte bine copilul. Părinţii trebuie să se asigure că medicul nou este mai competent şi mai ales dacă acceptă să se angajeze în îngrijirea copilului în condiţiile pretinse.*

8.2. Examene preventive. Orice copil are nevoie de medic

8.2.1. Examenul nou-născutului în maternitate (vezi şi pag. 20 – 45)

Acest examen are loc în maternitate imediat după naştere. Se controlează respiraţia, bătăile inimii, reflexele, culoarea pielii. Acest examen se face după un sistem de punctaj denumit „scorul" sau „nota" Apgar (pag. *28 – 29*). *Medicul sau*

moaşa controlează prin aspiraţie dacă a înghiţit lichid amniotic, dacă esofagul este permeabil şi cu ajutorul unui termometru dacă orificiul anal este prezent.

Nou-născutul se cântăreşte şi i se măsoară lungimea, perimetrul cranian şi perimetrul toracic.

Tot în maternitate se mai fac următoarele: *testele de depistare ale unor boli moştenite*: *testul Guthrie pentru fenilcetonurie şi testul TSH pentru hipotiroidie*.

În maternitate se efectuează următoarele vaccinări: *BCG împotriva tuberculozei şi cel împotriva hepatitei B. În unele maternităţi se face o ecografic* (*cu ultrasunete*) *pentru depistarea luxaţiei congenitale de şold*.

8.2.2. Examenul clinic în perioada de nou-născut în familie (vezi pag. 57)

Are loc imediat după venirea acasă, între a treia şi a zecea zi de viaţă. Este una din cele mai importante consultaţii ale copilului. Germanii îl denumesc examen clinic „de bază”. În primul rând medicul încearcă să răspundă, după ce a stat de vorbă cu părinţii, a verificat „foaia de externare” din maternitate şi a consultat amănunţit nou-născutul dacă acesta ESTE NORMAL. Întrebare arzătoare din partea părinţilor cu un răspuns uneori dificil de concludent din partea medicului! El constată dacă nou-născutul mai are icter fiziologic (*vezi* pag. *30*) *şi dacă sunt normale pielea, aparatul digestiv, inima, ficatul, organele genitale. O atenţie deosebită acordă sistemului nervos* (*reflexe „arhaice”, motricitate, veghe-*

somn, modul cum suge etc.), *încearcă să depisteze o eventuală luxaţie congenitală de şold. Verifică dacă sau a/ectuat vaccinările legale*: *an'tihepatită B* (*AMB*) *şi BCG, precum şi dacă a necesitat unele tratamente medicale* (*oxigenoterapie* etc.). *Discută în amănunt asupra alimentaţiei, prevenirii rahitismului şi cariei dentare*.

La această primă examinare clinică în familie se foloseşte sau, în lipsă, se întocmeşte un „caiet de sănătate" în care se consemnează datele de identitate ale părinţilor, problemele de familie (*avorturi spontane, boli ereditare, convulsii, epilepsie, diabet, surditate timpurie, defecte de vedere* etc.), *naşterea, evoluţia în maternitate, calendarul vaccinărilor, evoluţia dezvoltării fizice şi psihomotorii, îmbolnăviri şi recomandări. Un astfel de carnet a fost elaborat de Institutul pentru Ocrotirea*

Mamei şi Copilului (I.O.M.C.) „Alfred Rusescu". Îl recomandăm ca fiind foarte bine întocmit.

8.2.3. Examenul clinic la vârsta de o lună (*vezi şi* pag. *123*)

Şi la acest consult medicul de familie (sau pediatrul) examinează în amănunt întreg organismul insistând asupra următoarelor: bătăile inimii (număr, eventuale sufluri), artera femurală, aspectul ochilor, dimensiunile splinei şi ficatului, organele genitale, cicatricea BCG.

Pe lângă acestea medicul va verifica dezvoltarea psihomotorie a copilului, respectiv defectele de dezvoltare şi de comportament. Întreabă pe mamă cum suge copilul, cum creşte şi

care este ritmul somn veghe. O atenţie deosebită acordă mişcărilor şoldurilor în vederea depistării precoce a luxaţiei congenitale de şold. Fixează alimentaţia, verifică dacă să început profilaxia rahitismului, măsoară sugarul (greutatea, dimensiunile fontanelei anterioare şi dacă cea posterioară sa închis, perimetrul cranian şi cel toracic, lungimea) şi le consemnează în caiet. Iniţiază pe mamă asupra importanţei şi calendarului vaccinării.

8.2.4. Examenul clinic la vârsta de 2 luni (*vezi* pag. *135*)

Şi la acest examen clinic medicul de familie controlează întregul sistem de organe. În cadrul verificării psihomotorii constată cum şi cât ridică capul din poziţia culcat pe burtă, cum ţine capul şi cum se sprijină pe tălpi când este susţinut de axile, care este perioada de somnveghe, cum reacţionează la zgomote, cum şi dacă fixează şi urmăreşte feţele umane. Se interesează de alimentaţie şi apreciază dacă progresele creşterii (greutate, lungime, perimetrul cranian şi torace) sunt normale. Avizează pe mamă asupra vaccinărilor, ce sunt programate în jurul vârstei de 2 luni (antipoliomielită, antihepatită B şi trivaccinul Difteric-Tetanic-Pertussis „DTP”) şi o atenţionează asupra eventualelor reacţii.

8.2.5. Examenul clinic la vârsta de 4 luni (*vezi* pag. *142*)

Consultul medical se face după aceeaşi schemă. După o convorbire prealabilă, se face examenul tuturor organelor, se verifică stadiul dezvoltării psihomotorii. Se cercetează îndeosebi

vederea: cum fixează şi urmăreşte obiectele; dacă a „descoperit” mâinile şi picioarele; dacă întoarce capul după zgomote. Pe lângă acestea controlează tonusul muşchilor: de exemplu dacă sugarul flectează (îndoaie) picioarele, cât de des şi de sus dă din picioare (pedalează). Verifică cum controlează mişcările capului, care nu trebuie să mai cadă indiferent de poziţie şi de mişcare: culcat pe burtă, apucat de umeri şi ridicat brusc din poziţia culcat în cea de aşezat, susţinut de axile şi înclinat brusc în faţă şi înapoi etc.

Se discută amănunţit alimentaţia şi se începe iniţierea în ceea ce se numeşte „diversificare”.

Se caută în regiunea parietooccipitală dacă să instalat craniotabesul, care este primul semn de rahitism. La palparea capului1 în regiunea parieto occipitală, craniul este mai moale, având consistenţa mingii de celuloid.

8.2.6. Examenul clinic la vârsta de 6 luni (*vezi* pag. *157*)

Medicul verifică progresele creşterii în greutate, lungime, perimetrul toracic şi cel cranian. Discută amănunţit asupra alimentaţiei: numărul meselor, cantitatea de lapte la biberon sau numărul supturilor în 24 ore, în ce stadiu este diversificarea (dacă sau introdus cerealele; din ce este compus pireul, cum şi cât primeşte; dacă să adăugat carnea), dacă au apărut unele neplăceri ca: scaune moi sau dimpotrivă constipaţie, eritem fesier, apetit diminuat sau selectiv.

În cadrul dezvoltării psihomotorii verifică dacă se întoarce pe o parte sau se şi rostogoleşte; dacă din poziţia culcat pe spate şi apucat de

degete se ridică singur pe şezut, dacă stă pe şezut pentru câteva clipe, cum se sprijină pe tălpi când este susţinut de subsuoară. I se dă o jucărioară şi se observă dacă o apucă, dacă o schimbă dintr-o mână în alta, cum o cuprinde cu ochii şi cum o duce la gură. Se analizează cu mama manifestările din cadrul dezvoltării sociale şi afective faţă de *părinţi*, *de persoanele străine*, *la* propria-i *figură din oglindă*.

Este momentul când strabismul a dispărut (*nu se mai uită „cruciş”*) *la majoritatea sugarilor*. *Medicul verifică dacă au apărut semne de rahitism* (*torace*), *care este stadiul cicatricei BCG*.

8.2.7. Examenul clinic la vârsta de 9 luni (*vezi* pag. *172*)

La examenul clinic general se verifică eventualele semne de rahitism (*conformaţia craniului, dimensiunile fontanelei anterioare, toracele şi membrele inferioare*), *cicatricea BCG*.

La examenul psihomotor: *coordonarea mişcărilor, dacă stă pe şezut nesusţinut 10 minute, dacă se deplasează de-a buşilea sau în patru labe, dacă se ridică pe marginea patului şi dacă păşeşte susţinut, dacă prinde obiectele mici cu „pensa” degetul marearătător, dacă vede şi aude bine. La această vârstă este sensibil la manifestările adultului* (*ceartă, agitaţie, mânie, veselie*). *Puţini încep să pronunţe cuvinte mono şi bisilabice cu adresă*.

În ce priveşte alimentaţia, pe lângă mesele de lapte (*simple*) *sau cu cereale, derivate de lapte* (*iaurt*) *ar trebui să primească piure de legume variate sfărâmate cu furculiţa, tăiţei, carnea sub*

forme mai variate (*fin tocată, perişoare, chifteluţe*). *La masa de după amiază se poate varia meniul* (*creme, budinci, papanaşi fierţi cu brânză de vaci, prăjituri de casă*).

Se fac recomandări asupra metodelor de stimulare a unor noi capacităţi: *mersul nesprijinit, să bea din ceaşcă,* să-şi *ţină biberonul, să muşte dintr-o coajă de pâine neagră.*

8.2.8. Examenul clinic la vârsta de un an (*vezi* pag. *180*)

La examenul clinic general se insistă asupra următoarelor: *sufluri cardiace*; *semne de rahitism*; *cicatricea BCG*; *anomalii ale organelor genitale la băieţi* (*ectopie, hernie, fimoză*); *dentiţia.*

Creşterea în greutate ar trebui să fie cam de 3 ori faţă de naştere, lungimea cu o jumătate mai mult decât cea de la naştere (*de ex. 50 + 25 cm = 75 cm*), *iar perimetrul cranian de circa 46 cm.*

Se face un bilanţ asupra dinamicii dezvoltării generale a copilului începând cu perioada de nou născut şi până la vârsta de un an. Se insistă asupra evoluţiei unor anomalii care au fost constatate la naştere ca: *paralizia de facial, fractura de claviculă, herniile* (*ombilicală, inghinală*), *hidrocelul, ectopia testiculară, gambele „de călăreţ", angioamele, ectaziile venoase de la nivelul rădăcinii nasului sau/şi al cefei, cefalhematomul, bosa serosanguină, suflurile cardiace, stridorul laringian* etc.

La un an orice copil sănătos trebuie să stea bine pe şezut, să se deplaseze de-a buşilea sau în patru labe, să aibă cel puţin un limbaj „pasiv" (*să înţeleagă, să execute mici ordine, să imite** *să*

comunice prin semne etc.). *Unii copii merg sau chiar „aleargă" singuri, alţii de abia se ridică pe marginea patului sau se ţin de mobile. Diferenţele de dezvoltare sunt adesea foarte mari, dar care se încadrează în NORMAL.*

Medicul foloseşte scala Denver pentru a aprecia stadiul dezvoltării. Din experienţa noastră pentru mame este mai dificil să interpreteze aceste teste, aşa că în această carte am folosit criterii mai simple, adaptate. După tabelele fixate de Institutul de cercetări ale dezvoltării copilului din München.

În ce priveşte alimentaţia, trebuie precizat că lactatele (*laptele de vacă integral, laptele praf cu 3,4% grăsimi, laptele cu cereale sau biscuiţi, iaurtul, brânza de vaci, brânza topită*) *rămân alimente de bază.*

De acum copilul va fi obişnuit să mănânce din meniul familiei (*masa de prânz, gustările, deserturile, sandvişurile, conservele de fructe, oul cu albuş, carnea slabă de porc* etc.).

Profilaxia rahitismului (*vitamina D*) *şi a cariei dentare* (*fluor, evitarea excesului de dulciuri*) *continuă. Începe procesul lung al inserţiei sociale a copilului. El devine „umbra mamei". Are nevoie în primul rând de dragoste, de răbdare, de disponibilitate din partea tuturor membrilor familiei. Pe lângă cuplul mamătată, devin foarte necesari bunicii. Trebuie stimulate noi achiziţii fizice* (*mers, alergare, manualitate*) *şi psihosociale* (*limbaj, joc, societate de copii, adulţi cu putere de ai iubi*). *Începe lungul drum al formării deprinderilor* (*să mănânce singur; să participe la*

îmbrăcat, încălţat, spălat; să-şi controleze sfincterele, mai întâi „oliţa" şi apoi W.C.-ul *adulţilor*) *şi al educaţiei. Să nu se uite că cei „6 ani de acasă" sunt esenţiali în educaţia fiinţei umane.*

În continuare, Institutul pentru Ocrotirea Mamei şi Copilului „Alfred Rusescu" precizează: examinările clinice la 18 şi 24 luni, apoi anuale.

Acestea vor avea în vedere antropometria (*măsurătorile*), *examenul clinic complet, evaluarea psiho motorie* etc.

Dintre acestea apreciem ca foarte importante pe cele de la 4 ani (*grădiniţă*), *6 ani* (*intrarea în şcoala elementară*) *şi cel de la debutul pubertate* (*10 – 11 ani*).

8.3. Vaccinările

Vaccinările constau în introducerea în organism prin injecţii sau pe gură de germeni omorâţi sau atenuaţi. Aceştia determină producerea unor substanţe de apărare denumite anticorpi. Astfel de *anticorpi acţionează pe un anumit germen* (*specific*) *sau asupra mai multor germeni sau chiar asupra imunităţii generale* (*nespecifică*), *aşa-zisele boli ale copilăriei* (*difteria, rujeola, rubeola, oreionul, tusea convulsivă, paralizia infantilă*) *la care se adaugă boli care se întâlnesc şi la adult, dar care îmbracă forme grave în primii ani de viaţă* (*tuberculoză, hepatita epidemică* etc.). *Toate acestea au devenit rare sau se manifestă sub forme mai uşoare datorită vaccinărilor.*

Anticorpii rezultaţi în urma vaccinărilor persistă mai mulţi ani în „memoria" imunologică a

persoanei inoculate. Adesea sunt necesare „rapeluri" pentru a relansa mecanismul imunologic la fiecare cinci sau zece ani. Această imunitate activă se opune imunităţii pasive obţinută injectând seruri (*serul antitetanic, gammaglobulină* etc.) *care sunt imunoglobuline* (*anticorpi*). *Anticorpii* (*„străini"*) *introduşi prin seruri au o acţiune limitată în timp* (*circa trei săptămâni*), *în timp ce anticorpii fabricaţi de organism persistă mult mai mult timp.*

Orice mamă trebuie să fie convinsă că vaccinările constituie nel mai sigur mijloc de apărare împotriva unor infecţii care pun viaţa în pericol sau lasă sechele grave pentru întreaga existenţă a copilului (*rujeola, inflamaţii ale creierului şi/sau pneumonii grave, paralizia infantilă cu paralizii definitive ale unor segmente ale corpului* etc.). *Trebuie ştiut însă că toate vaccinurile pot determina unele reacţii neplăcute, dar în general rare şi fără urmări. În general după vaccinare pot apărea roşeaţă şi umflătură la locul injecţiei, febră şi indispoziţie. Când mama observă reacţii secundare trebuie să anunţe medicul de familie.*

8.3.1. Vaccinul sau vacci nul contra tuberculozei

Vaccinarea antituberculoasă prin BCG a fost pusă la punct de francezii Calmette şi Guerin de unde şi iniţialele C. Şi *G. asociate la bacilul Koch atenuat obţinut în 1913. Este un produs pentru profilaxia tuberculozei.*

Se administrează la nou-născuţi între vârsta de 4 zile şi 2 luni. Vaccinarea se practică la braţul

stâng în treimea medie. Injectarea se face cu o seringă de unică folosinţă de 0,5 sau 1 ml, prevăzută cu ac pentru inocularea intradermică.

Nu se face la nou-născuţii subponderali (sub 2.500 g), cu boli febrile concomitente, boli acute de piele, cu deficit imunitar sau infectaţi cu virusul SIDA care prezintă simptome.

Eficacitatea. Vaccinarea cu BCG nu asigură o protecţie absolută împotriva tuberculozei, mai ales după o contaminare masivă, dar să probat o protecţie contra formelor grave: 80% pentru meningită şi miliaria (tuberculoză pulmonară gravă), 50% pentru alte forme de tuberculoză la copii vaccinaţi şi la care s-a dezvoltat o alergie la tuberculină.

Toleranţă foarte bună cel mai adesea. Riscurile de becegită (reacţii locale violente şi prelungite) şi adenite (vezi mai jos) sunt foarte, foarte rare.

Reacţii postraccinare normale. În unele cazuri, după 24 – 48 ore în jurul punctului de inoculare a vaccinului poate apărea o roşeaţă fără semnificaţie patologică şi care durează 2 – 3 zile. În decurs de 1 – 3 săptămâni de la vaccinare la locul înţepăturii se formează un mic nodul care creşte în dimensiuni timp de 1 – 2 săptămâni, putând să atingă 1820 mm diametru. Baza nodulului este uşor întărită, iar pielea care îl acoperă devine roşie şi lucioasă, în majoritatea cazurilor, partea periferică a nodulului devine rozpal, iar partea centrală roşu-închis, apoi violacee. La acest nivel, pielea se subţiază până la apariţia unui orificiu prin care se elimină

conţinutul nodulului. Această ulceraţie cu scurgerea unei secreţii murdare timp de săptămâni de zile, este urmată de o crustă centrală înconjurată de o zonă de culoare roşie. Cu timpul, crusta se elimină şi la locul inoculării rămâne o cicatrice depigmentată (*un „semn*") *şi uşor deprimată faţă de ţesutul care o înconjoară. În unele cazuri se formează o ulceraţie superficială cu diametrul de 10 – 20 mm, care supurează uşor şi evoluează mai lent spre cicatrizare. Reacţiile vaccinale durează aproximativ 3 luni, iar cele ulcerate 4 – 6 luni. Nu se face, în general, niciun tratament. Supuraţiile abundente se dezinfectează local cu alcool. Se face baie în mod obişnuit, cel mult se aplică în timpul scufundării în apă o compresă sterilă. Nu se stoarce. Uneori se observă o adenopatie* (*mărire a ganglionilor*) *din axila braţului respectiv.*

Toate aceste reacţii nu se însoţesc de febră şi nici de modificări ale stării generale.

Reacţii postraccinale adverse. Se consideră ca reacţii mai serioase mărirea ganglionilor cu peste 10 – 15 mm şi adenitele supurate. Sunt excepţionale. Părinţii vor anunţa medicul de familie care îi va îndruma la Dispensarul T.B.C. teritorial.

8.3.2. Difterie, tetanos, *convulsiva* (*vaccinul DTP*)

Vaccinările împotriva difteriei, tusei convulsive (*pertussis, tusea măgărească*) *se fac în vaccincom binat* într-o *singură înţepătură* (*vaccinul DTP*). *Acest vaccin este necesar şi trebuie administrat multă vreme după o anumită*

schemă (*vezi planul vaccinărilor*). *Ca reacţii secundare se observă uneori creşterea temperaturii până la 39°C. Unii copii sunt neliniştiţi şi ţipă chiar ore întregi. Reacţii mai de temut pot surveni din partea fracţiunii pertussis la sugarii cu suferinţe nervoase în trecut* (*scorul Apgar mic la naştere, encefalopatii grave, epilepsii, meningoencefalite în antecedente, diabet, cardiopatii decompensate, nefropatii*). *Temporar, vacci*narea *este contraindicată în caz de stări febrile, boli infecţioase acute, alergii manifeste*.

Difterie. Tetanus. (*DT*). *Când un copii nu poate fi vaccinat împotriva tusei convulsive se va administra numai combinaţia difterietetan. s* (*DT*). *Protecţia vaccinului durează ani de zile*.

Reacţii secundare. Febra este rară şi numai mică. Numai ocazional apare umflare şi roşeaţă la locul injecţiei. Rareori lasă ca urme un mic nodul dur care poate persista luni de zile şi care cu timpul dispare. Când copilul are reacţii mai puternice trebuie anunţat medicul. Vezi planul vaccinărilor.

Planul (*calendarul vaccinărilor*) (*tabelul 8.1*).

TABELUL 8.1

SCHEMA DE VACCINARE RECOMANDATĂ PENTRU COPII ŞI ADOLESCENŢI ÎN CADRUL PROGRAMULUI NAŢIONAL DE IMUNIZĂRI ÎN ANUL 2000

Vârsta recomandată	Vaccinul	Comentarii

O – 7 zile	BCG, Hep B	În maternitate
2 luni	DTP, VPOT, Hep B	Simultan
4 luni	DTP, VPOT.	Simultan
6 luni	DTP, VPOT, Hep B	Simultan
9 – 11 luni	Ruj	
12 luni	DTP, VPOT	Simultan
30 – 35 luni	DTP	
7 ani (clasa I)	DT, Ruj	Campanii şcolare
9 ani (clasa a III-a)	VPOT, Hep B	Campa\îi şcolare
14 ani (clasa a VIII-a	DT, BCG	Campanii şcolare
24 ani	DT	Şi la fiecare 10 ani, ulterior
Studenţi anul I respectiv elevi anul I, de la facultăţile de medicină şi stomatologie,	Hep B	Campanii şcolare

respectiv de la şcolile sanitare postliceale		

DTP Vaccin antidiftero-tetanopertussis *VPOT* Vaccin antipolio oral trivalent *Hep B* Vaccin contra hepatitei B *Ruj* Vaccin antirujeolic

BCG Bacii Calmette Guerin (vaccin antituberculos)

DT Vaccin bianatoxina difterotetanică (se utilizează după vârsta de 14 ani)

Notă: *a*) *Pentru administrarea tuturor vaccinurilor se vor utiliza numai seringi şi ace de unică folosinţă,* b) *Schema a fost prelucrată din Protocoalele în îngrijirea copilului, vol. 2,* pag. *54, redactată de I.O.M.C.*

8.3.3. Tetanus

Sugarii şi copiii mici primesc prin vaccinările ce se fac după Planul vaccinărilor constituit de Ministerul Sănătăţii şi Familiei vaccinul împotriva rănirilor infectante (*sau murdare*) *prin combinaţia de difterietetanus sau difterietetanus-pertussis* (*DTP*) *sau chiar cu alte combinaţii* (*Haemophilus*).

Pentru o apărare sigură, vaccinarea antitetanică trebuie efectuată toată viaţa, la fiecare 10 ani, iar în caz de răniri la 5 ani.

Reacţii secundare. Vaccinarea antitetanică este, de regulă, bine tolerată. Foarte rar pot surveni o întărire şi o roşeaţă la locul injecţiei, care nu necesită vreun tratament.

8.3.4. Poliomielita (*paralizia infantilă*)

S. f

Boală groaznică. În cursul şi după epidemiile de paralizie infantilă rămâneau sute şi chiar mii

de oameni cu paralizii parţiale sau ale tuturor grupelor musculare periferice. Îmi amintesc cum prin anii 1945 – 1946 când apărea o epidemie de paralizie infantilă, echipe de studenţi medicinişti erau mobilizate în Gara de nord pentru a „ridica" şi „duce" la Spitalul de boli infecţioase „Colentina" persoanele care plecaseră de acasă pe „picioare" şi în tren paralizaseră. Spaima era cumplită şi în colectivităţile de copii (creşe, cămine şi grădiniţe) unde, în afară de „izolare" şi de suspendarea tratamentelor injectabile, toate celelalte măsuri eraji iluzorii".

Numai descoperirea vaccinului contra poliomielitei în anul 1954 şi punerea în practică a vaccinării în masă a reuşit să stăvilească apariţia bolii.

Se pare că poliomielita a dispărut în România şi în ţările industrializate din anul 1954. Există două feluri de vaccin contra poliomielitei: Vaccinul oral viuatenuat Sabin este cel mai folosit. La noi în ţară este cel ales. Oferă o bună protecţie. Este contraindicat în caz de deficit imunitar şi la femeile însărcinate, la care poate provoca o poliomielită vaccinală, cel mai adesea benignă. Se ia cu linguriţa sau pe o bucată de zahăr. Când copilul îl dă afară (îl „scuipă", îl regurgitează, sau îl varsă), este prudent să i se dea a doua doză. Sugarul va fi ţinut în braţe, iar copilul culcat pe spate, cu braţele fixate. Unii preferă să-l dea cu o seringă iară ac.

Trebuie să se evite să se dea acest vaccin la copiii care suferă de diaree, pentru că eficacitatea sa este atenuată şi accentuează sindromul diareic.

Administrarea pe gură a vaccinului antipo liomielitic se face în acelaşi timp cu injecţia cu vaccin DTP

Vaccinul omorât injectabil Salk este mult mai scump. El dă o mai bună protecţie individului, dar nu acţionează la nivelul intestinului contrar vaccinului viu. El se practică pe cale injectabilă, asociat cu DTP.

Reacţii secundare. În cazuri rare scaunele devin moi pentru una până la două zile. Nu se ia nicio măsură; cel mult în loc de ceaiuri se va da apă (*decoct*) *de orez* (*vezi* pag. *224*). *Rareori se observă o diminuare a apetitului.*

«*i*

8.3.5. Haemophilus influenzae typb

Bacteria Haemophilus influenzae Typ b (*Hib*) *produce o serie de infecţii grave, care pun în pericol viaţa copilului: meningita, infecţiile pulmonare, laringita, otita medie. Vaccinarea se poate face simplă sau combinată cu DTP. După a treia inoculare apărarea imunitară durează ani de zile. Copiii fără imunizarea de bază pot fi apăraţi până în al patrulea an de încă o injecţie.*

Reacţii secundare. Vaccinarea este foarte bine tolerată. 5 Febra se combate cu Paracetamol sau Nurofen, iar roşeaţa cu o compresă umedă cu apă rece. Pentru reacţii mai violente se anunţă medicul.

8.3.6. Vaccinul an (*WR*)

Vaccinul viu antirujeolos (*VVR*) *conţine virus rujeolos viu atenuat. Conferă o protecţie împotriva rujeolei de circa 90%. Este bine tolerat şi complicaţiile sunt excepţionale în comparaţie cu*

cele produse de rujeola naturală.

Vârsta. Vârsta medie la care poate fi administrat este între a 12-a şi a 16-a lună de viaţă. Poate fi administrat de la vârsta de 9 luni. Sub această vârstă (*9 luni*) *sugarii pot să răspundă la vaccinare, datorită anticorpilor transmişi de la mamă. Revac cinarea se face la 6 – 7 ani* (*clasa I*).

Calea de administrare: *subcutanată* (*sau intra musculară*).

Prezentare: *izolat* (*recomandat oficial la noi*); *asociat rujeolărubeolă-oreion la noi în ţară facultativ*; *în alte ţări* (*Germania, Franţa, Anglia*; *SUA este asociat*).

Toleranţa: *foarte bună toleranţă la locul injecţiei*: *între a 5-a şi a 12-a zi după vaccinare este posibil să apară reacţii care amintesc semnele ruje olei* (*febră, secreţie nazală, apetit diminuat, somnolenţă sau agitaţie şi erupţie rujeoliformă uşoară*).

Vaccinarea oricărui copil care ar fi făcut boala sau care ar fi fost vaccinat este fără riscuri. În consecinţă vaccinul triplu rujeolărubeolă-oreion se poate face la orice vârstă. Această vaccinare se poate face chiar dacă subiectul respectiv a fost imunizat faţă de una din aceste boli prin boală sau vaccinare.

Contraindicaţii: *boli infecţioase acute cu afectarea stării generale* (*amigdalite, pneumonii, otite* etc.), *tuberculoză evolutivă, boli transmisibile şi infecţioase pe o perioadă de 14 zile de la începutul fazei acute, copii trataţi cu steroizi* (*cortizon*), *citos tătice şi iradieri* (*cancer*)

sau cu SIDA, alergii severe. De asemenea, nu se vaccinează copiii care sunt în contact strâns cu femei gravide.

8.3.7. *Vaccinul contra hepatitei B* (*vaccin inactivat*)

Este un vaccin antiviral inactivat preparat dintr-o *fracţiune antigenică şi neinfectantă. Produce o imunitate împotriva hepatitei B în proporţie de circa 90%. Imunitatea apare la o lună după a doua injecţie şi persistă circa 5 ani.*

În planul de injecţii de la noi sunt prevăzute inoculări: la nou-născut, la 2 luni, la 6 luni, între 7 şi 9 ani şi la studenţii de la facultăţile de medicină şi stomatologie, respectiv de la şcolile sanitare postliceale.

Mod de administrare: la sugari şi copii mici în coapsă, iar la adulţi în muşchiul deltoid (*braţ*). *Injecţii intramusculare; calea subcutanată se foloseşte în caz de risc hemoragie grav* (*hemofilie* etc.).

Contraindicaţii: infecţii febrile severe.

Efecte nedorite (*rare şi benigne*): *durere locală moderată* (*20 la 25%*) *şi/sau febră uşoară, care durează mai puţin de 24 ore, induraţie locală foarte rară* (*7%*), *greţuri şi/sau diaree* (*foarte, foarte rare*).

În pagina 325 este reprodus textul despre „Vaccinări" din volumul al 2-lea de „Protocoale în îngrijirea copilului", publicat de Institutul pentru Ocrotirea Mamei şi Copilului „Alfred Rusescu".

8.4. Creştere. Dezvoltare. Evaluări

*

În cadrul măsurilor de prevenire în asistenţa

copilului, un obiectiv esenţial este diagnosticul precoce al dezvoltării.

Prin temienul de „dezvoltare" se înţelege ansamblul fenomenelor care participă la transformarea progresivă a fiinţei umane de la concepţie până la vârsta adultă.

Dezvoltarea fizică este rezultatul unui proces de creştere şi a unui proces de maturaţie.

Creşterea somatică este creşterea corporală, este mărirea în lungime (*talia*), *greutate, în suprafaţă sau în volum a diferitelor părţi ale corpului, ale tuturor organelor şi ţesuturilor cel compun.*

Maturafia reprezintă mai mult de un proces de multiplicare, o perfecţionare a structurilor şi funcţiilor în evoluţia spre starea adultă (*ex.*: *maturaţia neuromotorie, dentară, sexuală* etc.).

Dezvoltarea psihică interesează diferite sectoare. Ele sunt separate din raţiuni didactice şi practice. Astfel se pot distinge: *o dezvoltare motorie, senzitivă, cognitivă, afectivă şi socială. De fapt, toate acestea sunt interdependente şi denumite în general psihomotor.*

8.4.1. Dezvoltarea somatică (*corporală, fizică*)

Factorii care intervin în dezvoltarea somatică sunt:

– cu rolul cel mai important: genetici şi rasiali; talia copiilor se evaluează în funcţie de talia părinţilor;

– Nutriţionali: taliile mici sunt legate de carenţe nutriţionale;

– endocrinieni: hormonii care intervin în primul rând în mecanismul de reglare executând

programe „genetice” sunt: în primul rând hormonul de creştere (staturală). dar şi hormonii tiroidieni şi sexuali (de maturaţie);

– psihoafectivi: un mediu foarte nefavorabil poate fi responsabil de unele nanisme zise „psihoafective”.

În practică, creşterea este evaluată prin măsurările taliei, greutăţii, perimetrului cranian şi examenul dentiţiei.

8.4.2. Curbele („culoarele”) de creştere

Aşa cum să scris în cuprinsul acestei cărţi (capitolele în care se prezintă examenele lunare la sugar şi anuale la copilul mai mare), de fiecare dată au fost măsurate: greutatea, talia, perimetrul cranian.

– În fiecare lună până la vârsta de 6 luni;

– În fiecare lună sau la 2 luni până la un an;

– apoi mai spaţiale: până la 3 ani de 4 ori pe an (trimestrial), şi 1 – 2 ori pe an până la 18 ani.

La examenele periodice prevăzute de I.O.M.C., de fiecare dată medicul măsoară greutatea, talia (lungimea), perimetrul cranian (până la 5 ani) şi perimetrul toracic (0 – 2 ani). Familia va consemna pe caietul întocmit din momentul naşterii măsurătorile periodice. După vârsta de 2 ani este recomandabil să se însemne pe tocul unei uşi din apartamentul familiei progresele anuale staturale.

În Carnetele de sănătate folosite legislativ în străinătate, „Carnetul meu” publicat de I.O.M.C. urmărirea creşterii se face prin *curbe de creştere*.

În prima parte a acestei cărţi sunt descrise tehnica acestor măsurători (greutate, lungime,

perimetre).

Parametrii de creştere ai fiecărui copil sunt trasaţi (de către medic sau părinţi) şi se compară cu datele înscrise în curbele de creştere ale unei populaţii de referinţă. Datele antropometrice trasate de aceste curbe sunt acceptate de Organizaţia Mondială a Sănătăţii (O.M.S.) încă din 1979 ca standarde internaţionale. Cifrele obţinute la fiecare măsurătoare sunt notate pe acest grafic şi comparate cu curbele de creştere internaţionalvalabile tipărite pe aceste reprezentări grafice. În paginile următoare sunt preluate din „Carnetul meu" elaborat de I.O.M.C. Pag. 331).

Curbele de creştere astfel obţinute permit:

– pe de o parte să se compare un copil cu media vârstei, reprezentată pe curbele de creştere cu standardele internaţionale;

– pe de altă parte, să se aprecieze dinamica creşterii proprii (viteza de creştere).

Curbele sunt exprimate în deviaţii standard (DS).

Datele obţinute pot, de asemenea, să fie cifrate în percentile. Evaluările se fac în ordine crescândă (mediana situându-se la 50 percentile): 50% dintre copii se situează deasupra acestei mediane şi 50% dedesubt de aceasta. O populaţie normală se situează între a 3-a şi a 97-a percentilă. Această metodă de referinţă este mai potrivită pentru greutate. La noi în ţară, nu să generalizat folosirea curbelor de creştere. În plus, în tabelul 8.2 sunt prezentate câteva repere în evoluţia normală a greutăţii, taliei şi perimetrului

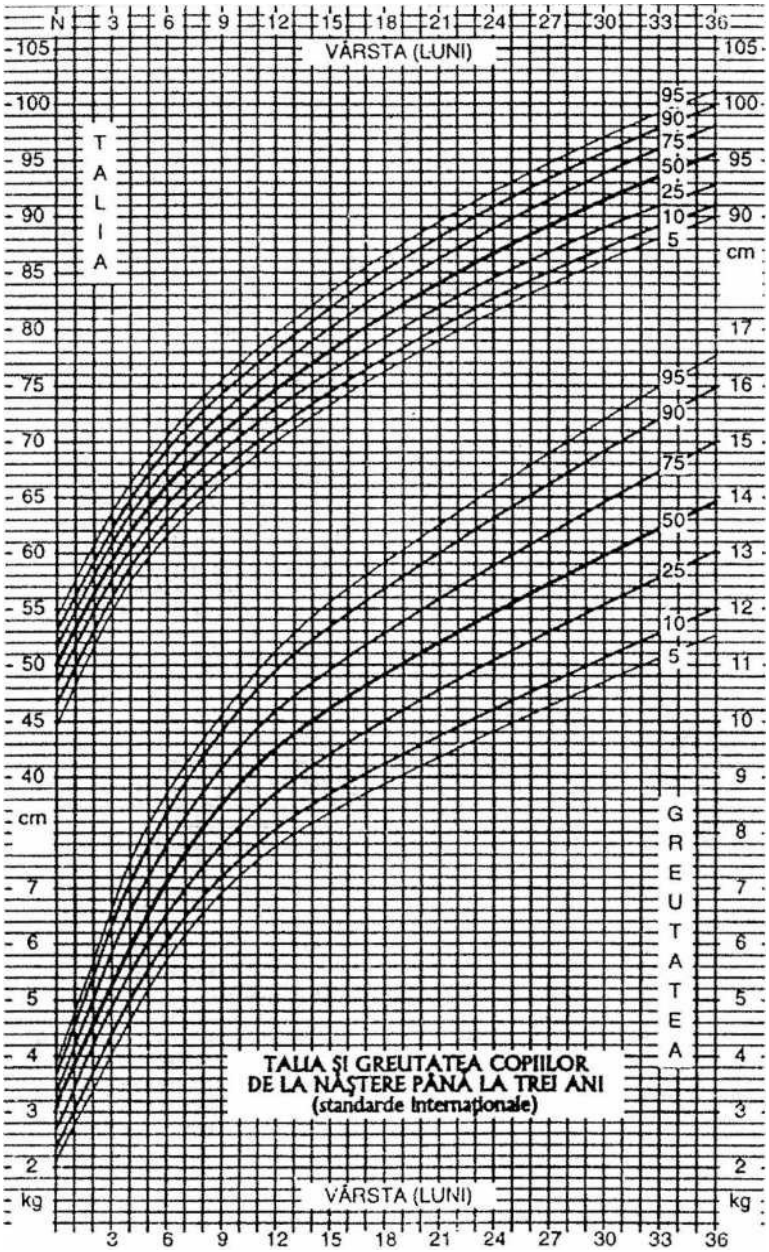
cranian.

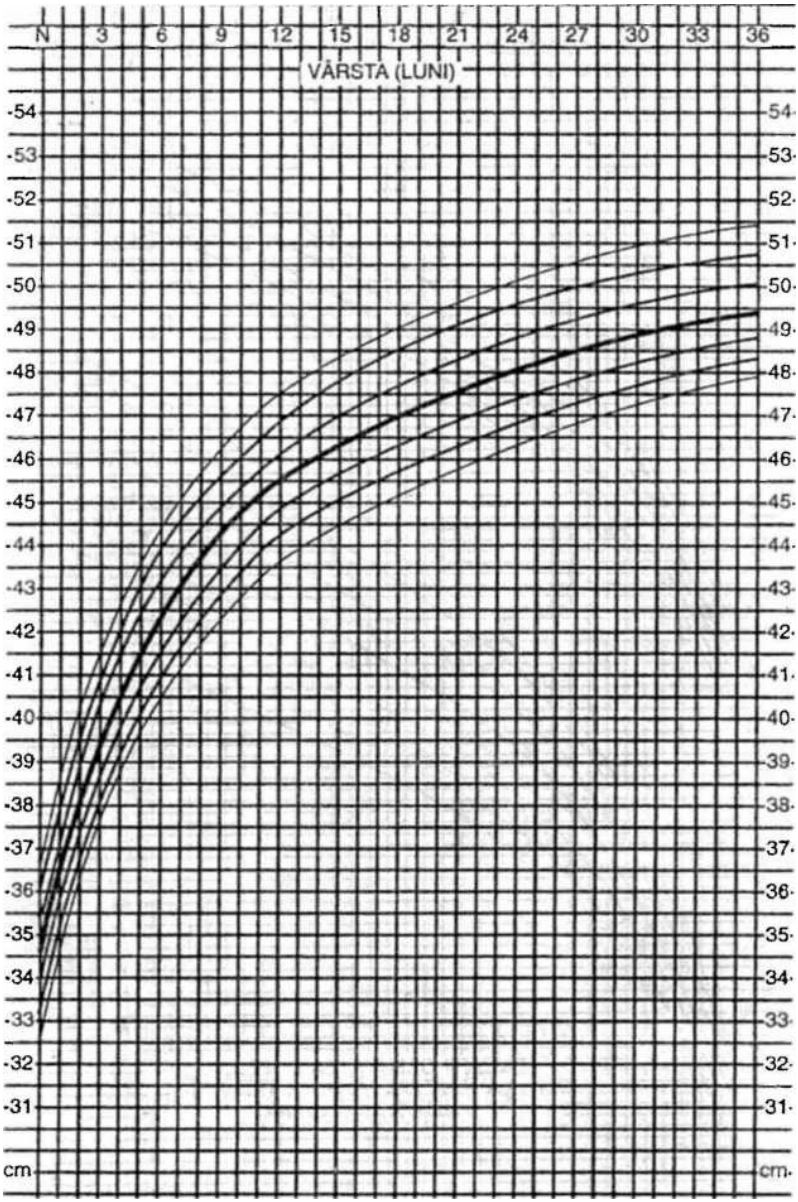
TABELUL 8.2

REPERE DE CREŞTERE (CIFRE MEDII)

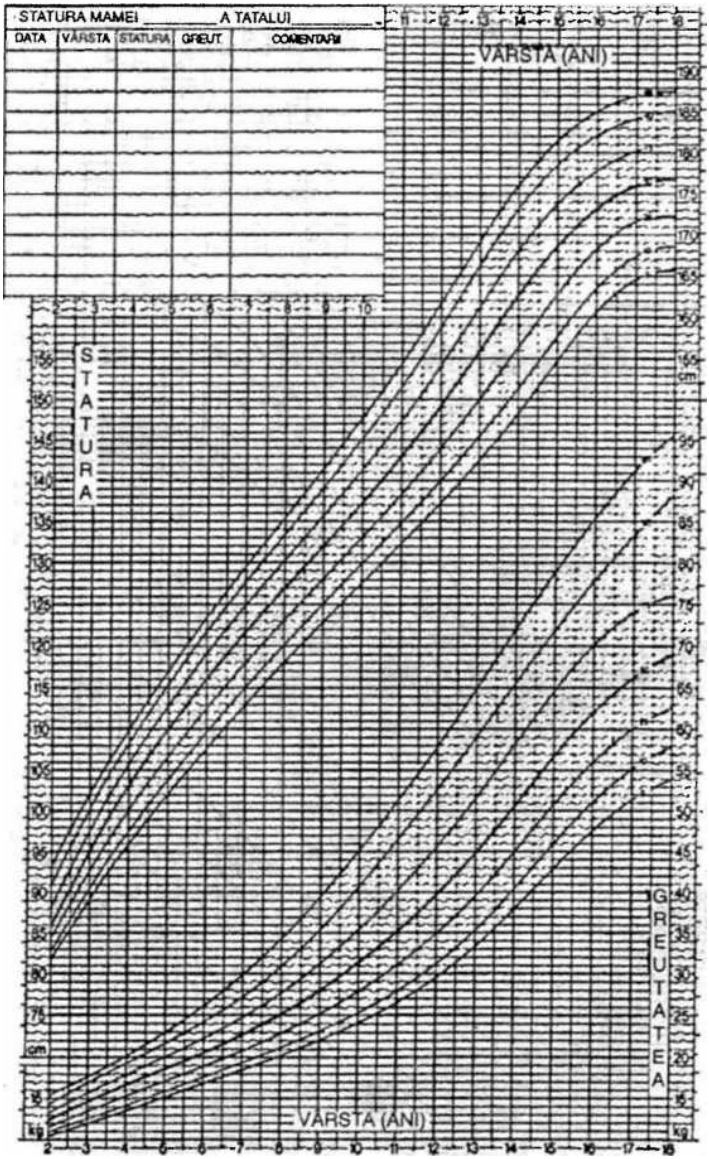
Vârsta	Greutatea		Lungimea		met
	Fete	Băieţi	Fete	Băieţi	ian cm
Naştere	3.000	3200	50 cm	52 cm	
3 luni	5300	5750 6.000	60 cm	60 cm	40 c
6 luni	5500 7.000	7400 7600	64	65	43
9 luni	7200 8.000	8.000 9.000	68	69	
1 an	8500 9200 (de 3 ori greutatea de la naştere]	9700 10.000	72	74	47
4 ani	16 kg	16 kg	102	104	cm
6 ani	21 kg	24 kg	118	124	52 c
8	26 kg	2	1	1	

ani		6 kg	30	29	
1	32,5 kg	3	1	1	
0 ani		2,5 kg	40	40	
1	41,5 kg	4	1	1	
2 ani		0 kg	53	50	
1		5	1	1	
4 ani	52,5	0 ke	62	63	

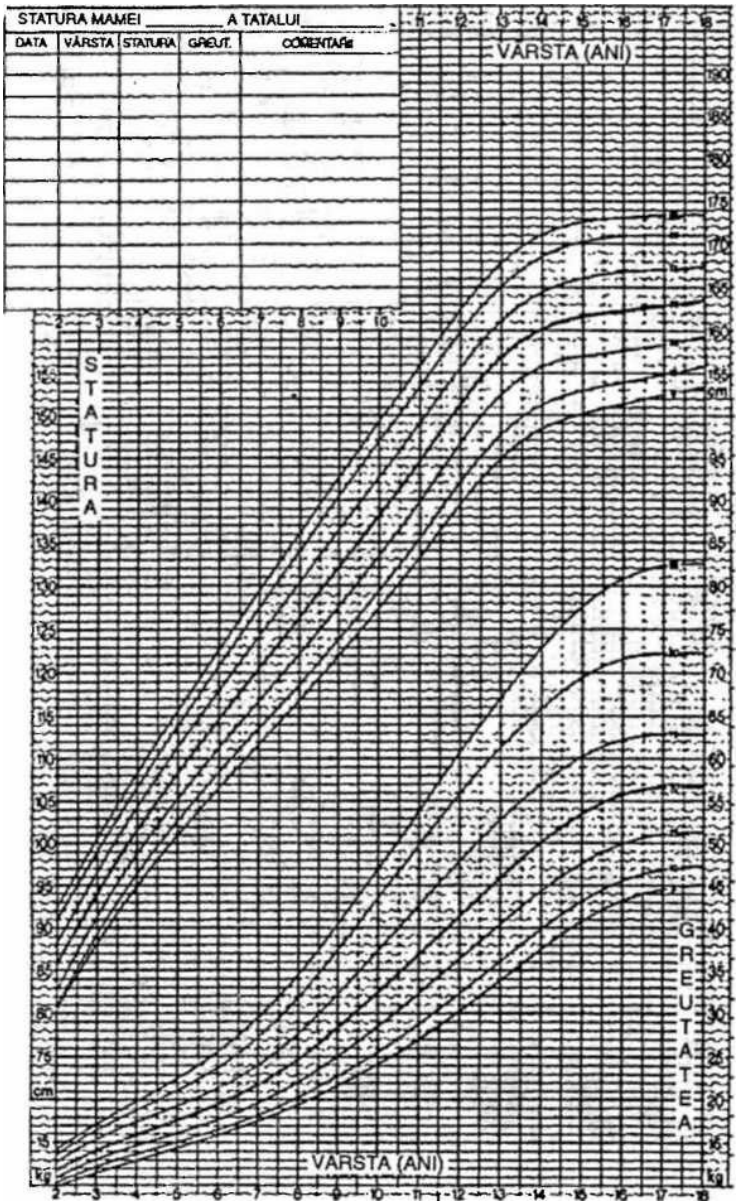

N 3 6 9 12 15 18 21 24 27 30 33 36
VÂRSTA (LUNI)
105 100 95 90 85 80 75 70 65 60 55 50 45 40 cm 7 6 5 4 3 2 kg
TALIA
95 90 75 50 25 10 5
95 90 75 50 25 10 5
cm 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 kg
GREUTATEA
TALIA ȘI GREUTATEA COPIILOR
DE LA NAȘTERE PÂNĂ LA TREI ANI
(standarde internaționale)
VÂRSTA (LUNI)
3 6 9 12 15 18 21 24 27 30 33 36



PERIMETRUL CRANIAN DE LA NAŞTERE PÂNĂ LA 36 LUNI (*standarde Internaţionale în percentfle*)



– Reproducere după „Carnetul meu”, editat de I.O.M.C.



Trebuie reamintit că, atunci când un copil creşte, el nu ia numai în greutate şi lungime, ci se dezvoltă psihic şi social. Fiecare copil are propriul său „tempo" şi măsurătorile trebuie apreciate în linii mari. În ce priveşte dezvoltarea psihică şi

socială, situaţiile sunt şi mai dificile. Graniţele normalului sunt şi mai greu de delimitat. La examenele medicale periodice, medicul întreabă pe părinţi despre observaţiile lor şi este singurul în măsură să-şi dea cu părerea şi să răspundă la întrebările şi îndoielile părinţilor.

8.4.2.1. *Prea mare sau prea mic?*

Cât va fi de mare? Aşa cum s-a spus mai sus, talia ţine de factorul genetic (moştenit). Cât despre înălţimea aproximativă pe care o va avea la vârsta adultă, oarintii not face următorul calcul:

$$\frac{\text{Pentru băieți: talia tatălui plus talia mamei}+6\text{ cm.}}{2}$$

$$\frac{\text{Pentru fete: talia tatălui + talia mamei} - 6\text{ cm}}{2}$$

8.5. Câteva sublinieri despre alimentaţie în primele luni de viaţă, copilul primeşte numai alimente gata preparate. După aceea bazele unei alimentaţii corecte sunt aceleaşi ca şi pentru alimentaţia adultului: multe fructe şi zarzavaturi, cereale, lactate, puţină carne şi mezeluri, cu evitarea excesului de dulciuri şi limonade furnizate comercial.

8.5.1. Primele 4 luni: perioada laptelui

Cea mai bună soluţie pentru sugar în primele luni de viaţă este alimentaţia la sân. Laptele de mamă conţine tot ce trebuie pentru sănătatea copilului; creştere, componente care-l apără împotriva infecţiilor. Din incidentele uşoare ale alăptării care dau uneori mult de furcă mamei sunt „colicile".

Ce trebuie să ştie o mamă: NU poate alăpta:

– În cazul în care suferă de o boală infecţioasă;

– dacă fumează;

– dacă ia unele medicamente ca: *preparate cu ergotamină, tireostatice, sulfonamide*.

Mama trebuie să aibă o alimentaţie corectă în toate, îndeosebi lichide, lactate, fructe, zarzavaturi, cereale, carne, peşte; *să evite alimente care au gust sau miros neplăcut* (*ardei, usturoi, piper, ceapă* etc.) *sau care fac rău mamei*.

Tot mai recent, se insistă asupra prezenţei peştelui în alimentaţia mamei.

De subliniat că alăptarea este bine să se înceapă cât mai repede după naştere (*în prima oră*!) *cu punerea nou-născutului la sân. De la 3 sau 4 zile de la naştere nou-născutul are nevoie de 5 până la 6 mese pe zi „Ia cerere”*.

Când man a nu poate alăpta, se va trece la produse industriale de lapte pentru sugari, denumite „formule” sau preparate adaptate (*cu prefix Pre*) *sau parţial adaptate* (*produse de start, de durată*). *Ambele forme sunt tot aşa de bune. La sugarii alergici, care nu tolerează produsele mai sus amintite se poate apela la produsele hipoalergice* (*notate cu HA*).

În situaţii deosebite, de condiţii socioecono mice precare, de obicei în mediul rural, în mod excepţional, se poate da sugarului lapte de vacă diluat cu apă după vârsta sugarului şi cu adaos de zahăr, fainã de orez şi ulei de floarea-soarelui (*vezi pagina 115*). *Deşi este mai ieftin, laptele de vacă modificat prin procedee casnice implică mari riscuri*: *nu se realizează cantităţile, proporţiile şi formele apropiate de laptele matern, iar în drumul lung de la producător la consumator adesea*

survin încălcări ale curăţeniei şi păstrării corespunzătoare. Aceasta duce la alterarea şi/sau infecţia laptelui respectiv la îmbolnăvirea sugarului.

8.5.2. Din a 5-a lună: diversificarea

Prin „diversificare" se înţelege introducerea în alimentaţia sugarului pe lângă lapte (la sân sau din produse adaptate sau parţial adaptate) a unor alimente de origine vegetală sau animală (cereale, zarzavaturi, fructe, carne, peşte, gălbenuş de ou) sub formă solidă.

Spre deosebire de trecut, unele mame sunt nedumerite că în prezent diversificarea se poate începe la 4 luni şi că de abia la 5 luni trebuie să se introducă alt aliment decât laptele. Mai mult, repetăm, sugarul alimentat la sân nu are nevoie de alte alimente în afara laptelui de mamă. În ce priveşte diversificarea sunt încă unele controverse. Şcoala americană începe diversificarea cu o masă de lapte cu cereale, în timp ce Şcoala europeană (Germania, Austria, Elveţia, Ţările Europei Centrale şi cele Nordice) introduc mai întâi masa de legume (vezi fig. 3.8 B, pag. *149; fig. 3.8.C,* pag. *150; tabelul 3.1,* pag. *125*).

Între 4 şi 5 luni se înlocuieşte o masă de lapte cu o masă de cereale la început de orez (fără gluten) cu sau fără fructe (de tipul bananelor şi merelor).

După 5 luni se mai înlocuieşte încă o masă de lapte (cea de la „prânz"). La început cu piure de morcovi care se introduce treptat şi în cantităţi mici. Când se ajunge la circa 100 g se adaugă

puţin ulei de floarea-soarelui ¼ – ½ linguriţă) *şi ceva cartofi. Spre 6 luni se ajunge la o masă completă de piure de morcovi şi cartofi plus şi alte zarzavaturi colorate* (*verzi sau/şi galbene*), *ulei de floarea-soarelui şi carne de pasăre sau vită* (*3 – 4 ori pe săptămână*). *În săptămânile următoare se introduce şi gălbenuşul de ou proaspăt* (*de 2 ori pe săptămână*).

La 7 luni: *iaurtul simplu sau cu adaos de cereale, fie cu biscuiţi măcinaţi.*

La 8 luni: *tot felul de zarzavaturi, orez, tăieţei, de încercat ca zarzavaturile să fie sfărâmate cu furculiţa.*

Între 8 şi 9 luni: se poate da în loc de produse pentru copii (*„formule", lăpturi parţial adaptate*), *lapte de vacă integral* (*3,5% grăsimi*).

La un an copilul poate să mănânce din meniul familiei. Lactatele rămân alimente permanente în meniul zilnic al copilului.

După aceea copilul este bine să mănânce cu familia. Pentru ca mesele să se desfăşoare fără evenimente negative şi să nu survină „lupte", v-am sugera câteva idei:

– Nu forţaţi copilul să mănânce;

– Realizaţi o atmosferă destinsă;

– Este benefică regularitatea; *încercaţi să mâncaţi la aceeaşi oră şi în acelaşi loc. Nu lăudaţi prea mult copilul chiar dacă a mâncat tot*;

– Copiii preferă să li se dea legumele, cartofii, carnea, fructele separate pe farfurie şi nu în amestec (*piure*);

– Majoritatea copiilor nu doresc meniuri variate, acceptând aceeaşi mâncare pe durată

lungă;

– *Dulciurile şi lichidele îndulcite, date între mese, umplu stomacul, dau senzaţia de saţietate şi reduc pofta de mâncare*;

– *Orice formă de alimentaţie care prevede o dietă cu un singur tip de alimente, cu înlăturarea substanţelor nutritive esenţiale implică riscuri pentru sănătate, în general, iar la copil pentru dezvoltare*.

8.5.3. Grupe de alimente

Pentru asigurarea unei creşteri armonioase, este necesar ca la copilul de toate vârstele (*sugar, copil mic, şcolar, adolescent*) *să fie prezente toate elementele nutritive indispensabile creşterii printr-o alimentaţie echilibrată şi adaptată funcţiilor digestive, hepatice şi renale. Aceste elemente nutritive* (*sau nutrimente*) *sunt aduse prin alimente* (*hrană*).

Alimentele sunt clasificate din punct de vedere nutriţional (*tabelul 8.3*). *În interiorul aceluiaşi grup, alimentele posedă caracteristici comune care permit a le înlocui unele cu altele şi a varia astfel alegerea*.

De notat că laptele este alimentul exclusiv în primele luni de viaţă ale sugarului şi permite să se acopere totalitatea nevoilor nutriţionale.

În tabelul 8.3 sunt reprezentate cele 7 grupe de alimente.

TABELUL 8.3

CELE ŞAPTE GRUPE DE ALIMENTE (după Chr Courton, *J.* Ph. Lisardet, Sylviane Machinot, 1993) (modificat)

Diferite grupe	**Reprezentate prin alimentele următoare**	**Aporturi în comun *!{î.r**	**Caracteristici**
1 – Lăpturi şi alimente lactate	Formule de lapte (lăpturi adaptate, parţial adaptate, de durată). Alte lăpturi: laptele de vacă şi derivatele sale (brânzeturi, iaurt)	Protide şi lipide animale, calciu, fosfor, vitaminele A, B, D, fier (în lăpturile de continuare)	Alimente plastice (de creştere)
2 – Alimente camate şi peşte 2 a- Mezeluri, paste, tocături, măruntaie, cârnaţi	carne, peşte, ficat, ouă	Protide şi lipide animale, fosfor, vitaminele A şib12	Alimente plastice
3 – Materii grase 3 a	Unt, creme proaspete, smântână Uleiuri vegetale, margarina	Lipide animale, vitaminele A şi D Lipide vegetale (acid linoleic, vitamina A)	Alimente energetice

4 – Feculente (cereale)	Făinuri pentru copii, orez, griş, paste, pâine, biscuiţi, cartofi, legume uscate	Amidon (glucide), protide, vitamina **B**6	Alimente energetice
5 – Vegetale 5 a	Zarzavaturi şi fructe proaspete, oleaginoase Fructe (uleioase) uscate	Glucide (glucoză, zaharoză, fructoză). pentru amidon, celuloză-fibre. vitamina C, potasiu, fier, sodiu Lipide vegetale, proteine vegetale, zaharoză, fibre, margarină	Alimente protectoare Alimente energetice
6 – Produse zaharoase 6 a – Produse îndulcite	Zahăr, prăjituri, miere, bomboane, jeleuri, ciocolată Patiserie,	Zaharoză Lipide şi produse animale, zaharoză	Alimente energetice

	prăjituri cu cremă sau frişcă, biscuiţi, îngheţată		
7 – Băuturi	Ceaiuri îndulcite, compoturi, băuturi manufacturate (cola, limonade etc.), apă minerală, sucuri de fructe sau zarzavaturi concentrate sau diluate, apă potabilă, apă plată etc.	Lichide, vitamine, minerale, fructoză	Asigură nevoia de lichide şi vitamine (ninerale, vitamine, fructoză. alcool)

8.5.3.1. *Alimentele din grupa 1*

Alimentele din grupa 1 constituie baza alimentaţiei sugarului şi copilului mic pentru că aduc elementele necesare creşterii (mai ales proteinele, calciul şi fosforul). Sunt alimente care trebuie să fie în meniul zilnic al copiilor de toate vârstele. Din cauza caracteristicilor nutriţionale comune, se pot substitui unele cu altele la copilul mic şi şcolar după următoarele echivalenţe:

125 ml lapte = 1 borcan de iaurt de 125 g = *100 g brânză de vaci = 4 mici triunghiuri de*

brânză topită = 30 g de brânză telemea.

5.5.3.2. *Alimentele din grupa a 2-a*

Alimentele din grupa a 2-a devin utile în cursul diversificării. Cărnurile, peştele, ouăle şi/sau ficatul vor fi date în jurul vârstei de *6* luni, sub formă omogenizată (mixată sau foarte, foarte fin tăiată) şi mai târziu sub formă de bucăţi mici (perişoare, chifteluţe), când copilul va şti să mestece. Ele sunt introduse în pireul de legume în cantităţi de circa 30 g de la *6* luni la un an şi de 50 g până la vârsta de 2 ani. Previn şi/sau contribuie la tratamentul anemiei carenţiale.

Echivalenţele permanente permit alegerea alimentelor din grupa a II-a.

50 g carne = 50 g peşte = 1 ou

8.5.3.3. *Alimentele din grupa a 3-a*

Alimentele din grupa a 3-a, respectiv materiile grase, sunt alimente energetice şi purtătoare de vitamine A, D şi E. Aceste vitamine sunt distruse prin fierbere sau prăjeală prelungită. Consumate crude în cantităţi raţionale sunt alimente necesare digestiei şi echilibrului alimentar. În exces, duc la obezitate.

5.5.3.4. *Alimentele din grupa a 4-a*

Alimentele din grupa a 4-a (feculentele) sunt alimente furnizoare de energie. Consumate în mod raţional, ar trebui să figureze în orice meniu zilnic, alături de alimentele din grupa *1* şi a *2*-a.

S.5.3.5. *Alimentele din grupa a 5-a*

Alimentele din grupa a 5-a (*vegetale*) *trebuie să figureze în toate zilele în alimentaţia copiilor începând de la vârsta de 6 luni şi până la cea de adult*. *Nu îngraşă, potolesc foamea la mâncăi,*

asigură nevoile de lichide, de „fibre”, săruri minerale şi de unele vitamine.

8.5.3. G. *Alimentele din grupa a 6-a*

Alimentele din grupa a 6-a (*produsele îndulcite*). *Sunt alimente „de plăcere” al căror gust este foarte apreciat de majoritatea copiilor*. *Date în cantităţi raţionale, contribuie la completarea raţiei calorice a copilului*. *Date între mese şi/sau în exces reduc pofta de mâncare şi contribuie la instalarea obezităţii, a cariilor dentare şi a unor carenţe* (*anemie, hipocalcemie* etc.).

8.5.3.7. *Băuturile*

Este necesar să se acopere nevoile de lichide dând copiik>r apă de bună calitate (*apă plată, apă din fântâni cu apa potabilă, apă fiartă şi răcită*), *sucuri de fructe diluate, zeamă de compot, apă minerală*.

Sunt interzise: *băuturile alcoolice, cola* (*la copiii mici şi mijlocii*), *sucurile cu aditive interzise* etc.

8.5.4. Reguli de alimentaţie

Societatea germană pentru alimentaţie a recomandat următoarele 10 reguli:

– *prima regulă*: *de toate – dar nu mult*;

– *a 2-a regulă*: *mai puţină grăsime şi mai puţine alimente bogate în grăsimi*;

– *a 3-a regulă*: *aromat, dar nu sărat*;

– *a 4-a regulă*: *puţin îndulcit*;

– *a 5-a regulă*: *mai multe produse cu cereale integrale*;

– *a 6-a regulă*: *zarzavaturi şi fructe din belşug, cartofi* (*nu prăjiţi*!);

– a 7-a regulă: mai puţine proteine animale;

– a 8-a" regulă: să bea raţional;

– a 9-a regulă: mese dese şi mici;

– a 10-a regulă: mâncarea să fie pregătită cu gust, cu atenţie şi frumos prezentată.

8.5.5.Repartizarea meselor principale şi a gustărilor

Se recomandă 3 mese principale şi 2 gustări.

Masa de dimineaţă trebuie să fie bogată şi variată cu alimente aducătoare de energie şi de substanţe nutritive absolut necesare vieţii.

Gustarea de la ora 10 se recomandă atât la preşcolar, cât şi la şcolar. Este o masă „uşoară".

Masa de prânz: este în general cea mai importantă din cuprinsul unei zile, trebuind să ofere atât substanţe nutritive furnizoare de energie, cât şi pentru creştere. Această masă trebuie să fie caldă.

Gustarea de după amiază este importantă mai ales pentru activitatea corporală în sport şi joc. Dar nu trebuie să fie copioasă.

Masa de seară nu trebuie să fie servită prea târziu şi să fie mai uşoară.

De insistat. Copilul primeşte apă când vrea şi cât vrea. Pe lângă apă de bună calitate, este bine să se dea copilului băuturi (sucuri) din zarzavaturi (morcovi, tomate) sau din fructe de sezon, diluate şi fără adaos de zahăr sau miere. Apa minerală cu concentraţii mai mici de minerale şi oligoelemente poate fi dată periodic.

8.6. Profilaxia rahitismului

Rahitismul se datorează carenţei în vitamina D. Nevoile la sugar sunt de 400 la 1.000 unităţi

internaţionale cu.i.) *pe zi.*

Aportul alimentar de vitamina D este foarte slab. Chiar laptele matern nu conţine decât 30 la 100 u.i.

pe zi. Majoritatea vitaminei D este sintetizată la nivelul pielii unde anumiţi steroizi inactivi (*previtamina D*) *sunt activaţi prin razele* ultraviolete ale soarelui.*

Vitamina D permite absorbţia intestinală activă a calciului, iar pe de altă parte mineralizarea osului (*fixarea calciului în oase*) *şi eliminarea urinară a calciului.*

Semnele clinice apar între 3 luni şi 2 ani. Amintim câteva:

Craniotabesul. Prin aceste semne se desemnează o înmuiere (*zona de ramolisment*) *a boitei craniene în zona parietooccipitală. La palpare oasele dau impresia unei mingi de celuloid* (*ping pong*). *Acest semn are valoare numai dacă persistă dincolo de 4 – 5 luni.*

Brăţări. La nivelul pumnilor apar bureleţi epifizari, vizibili şi palpabili, traducând lărgirea extremităţilor inferioare ale radiusului (*antebraţ*) *şi tibiei.*

Torace. Semnul caracteristic vizibil şi palpabil se cheamă „mătănii costale" şi apare sub formă de nodozităţi costale de ambele părţi şi simetrice, dispuse de fiecare parte a peretelui costal după o linie oblică în jos şi în afară. Semn caracteristic şi uşor de diagnosticat, dar foarte rar în ultimul timp prin administrarea corectă şi generalizată de vitamină D. Tot la nivelul toracelui pot să mai apară: *şanţ sub mamelonar, evazarea*

marginilor coastelor şi „înfun darea" sternului.

Membre inferioare. Mai des se întâlnesc în jurul vârstei de un an deformările membrelor inferioare: *picioare în X sau în O.*

Întârzierea închiderii fontanelei şi a erupţiei dentare sunt puse prea des pe seama rahitismului.

Hipotonia musculară, abdomenul mare, hiper laxitatea ligamentară, întârzierea statului pe şezut sunt mai rar semne de rahitism.

Trebuie spus că, în prezent, formele clasice de rahitism grav constituie raritǎţi din cauza administrării sistematice a vitaminei D şi a „îmbogăţirii" unor lăpturi pentru copii cu vitamina D.

Diagnosticul precis în formele de rahitism discutabil se fac prin radiografia oaselor şi a unor analize de laborator (*calcemia, fosforemia, fosfa tazele alcaline*).

8.6.1. Medicamentele

Profilaxia (*profilaxie înseamnă prevenire*) *constă în administrarea de vitamină D. Metoda fiziologică fără efecte secundare nedorite constă în administrarea zilnică de vitamina D. Dozele zilnice sunt valabile de la o ţară la alta. În S.U.A., Anglia şi ţările scandinave doza zilnică recomandată este de 400 unităţi internaţionale cu.i.). În Franţa doza recomandată este de 800 – 1.200 u.i., iar în Germania de 500 u.i. La noi în ţară dozele recomandate sunt de 500 – 1.000 u.i. pe zi la sugarul normal cu „adaptări" recomandate de medic la prematuri şi gemeni. Preparatele folosite la noi în ultimul timp sunt STEROGYL Franţa* (*1 picătură = 400 u.i.*); *casa producătoare*

recomandă 1.200 u.i. ŞI *VIGANTOL – Germania, în doză de 5001.000 u.i. pe zi. Formele comerciale de Vigantol sunt*: *a*) *picături – 1 picătură = 500 u*.i; *tablete – Vigantoletten de 1.000 u.i. Şi de 500 u*.i; *b*) *tablete de F-Vigantoletten 1*.000 (*conţin fluor 0,25 mg şi vitamina D 1*.000 *u.i*.) *şi tablete de F. Vigantoletten* (*fluor 0,25 mg şi Vitamina D 500 u.i*.), *casa producătoare mai lansează comprimate de 10.000 u.i. Şi 200.000 u.i. folosite în tratamentul rahitismului constituit.*

Profilaxia rahitismului este: *zilnic de la vârsta de 2 săptămâni până la 18 luni*; *în anii următori în toate lunile cu litera R* (*septembrie, octombrie, noiembrie, decembrie, ianuarie, februarie, martie şi aprilie*).

O altă metodă de profilaxie a rahitismului constă în administrarea de vitamina D sub formă injectabilă în doze mari, de şoc („*Stosstherapie*"), *care cu toate rezervele unor efecte secundare concomitente sau ulterioare, este singura eficientă în anumite situaţii. Schema acestei metode de administrare este următoarea*: *câte o injecţie intramusculară a unei fiole de vitamina D2 sau D3 de 200.000 u.i. după următorul „calendar"*: *la naştere, la 2 luni, la 4 luni, la 6 luni, la 9 luni, la 12 luni, la 15 luni şi la LŞ luni.*

Profilaxia cu vitamina D sub formă de injecţii se recomandă: *k*

– la sugarii şi copiii din familii cu probleme sociale (*nivel educativ şi economic deficitar, mame nedisciplinate şi neconştiincioase*; *copii din familii cu domicilii instabile*; *copii care suferă de diarei recidivante sau cronice, sindroame de*

malabsorbţie, boală celiacă, tratamente prelungite cu barbiturice, cum este cazul în epilepsie, rahitismele vitamino rezistente familiale, unele boli rare renale sau metabolice moştenite.

Riscurile de supradozare sunt importante. Se poate vorbi de o greşeală în dozele fixate să se dea zilnic sau prin injecţii. Uneori se administrează concomitent atât în doze zilnice pe gură, cât şi în injecţii. Alteori se dau doze zilnice foarte mari. Medicul de familie la fiecare vizită va înscrie pe caietul copilului doza de vitamină D. Hipervitaminoza D este gravă! Părinţii trebuie să cunoască semnele de alarmă:

– inapetenţă, constipaţie, palpare;

– sete, micţiuni (urinări) frecvente;

– greţuri, vărsături, dureri abdominale;

– tulburări de comportament.

Medicul avizat va efectua câteva investigaţii de laborator şi radiografii pentru a preciza diagnosticul. Tratamentul constă în oprirea oricărui aport de vitamină D şi de calciu.

8.6.2. Prevenirea anemiei carenţiale feriprive

Anemia carenţială feriprivă este o boală datorată scăderii concentraţiei de hemoglobină sub 11 g/decilitrul de sânge, produs de deficitul de fier. Este considerată cea mai comună boală a omenirii. Studii recente arată că anemia carenţială feriprivă afectează 30% din sugari, 20% din preşcolari şi 27% din şcolari. Cercetările efectuate recent de Institutul pentru Ocrotirea Mamei şi Copilului (I.O.M.C.) în cadrul Programului Naţional de Supraveghere Nutriţională a copiilor sub 5 ani au depistat o

prezenţă mare a anemiei mai ales la copiii cu vârste cuprinse între 10 şi 14 luni.

Profilaxia anemiei carenţiale la sugar şi copilul mic:

8.6.3. Tratamentul profilactic din timpul sarcinii, la mamă a) *efectuarea sistematică a hemogramei* (*hemoglobină, hematocrit, aspectul frotiului*) *din luna a V-a – a VI-a*; *b*) *regim alimentar corespunzător al mamei*: *să se asigure că în dieta mamei*: *carne, ficat sau peşte, ouă, zarzavaturi „colorate" în verde sau galben* (*morcovi, roşii, salate, ardei, ceapă verde, fasole sau mazăre verde* etc.) *şi fructe* (*coacăze, afine, piersici, struguri, mere, zmeură, căpşuni* etc.); c) *când hemoglobina este sub 12 g/dl, medicul instituie un tratament cu preparate de fier* (*sirop sau drajeuri*).

Tratamentul profilactic la copil:

a) *Alimentaţie la sân cât mai îndelungată.*

b) *Diversificarea alimentaţiei la 4 – 4 ½ luni la sugarii alimentaţi cu lapte de vacă sau cu lapte de vacă standard* (*„clasic"*); *la 5 – 6 luni la cei alimentaţi la sân cu „lăpturi pentru sugari"* (*adaptat sau parţial adaptat de durată*).

În cadrul diversificării la pireul de zarzavat (*morcovi, cartofi, verdeţuri*) *destul de repede se va introduce carnea* (*de pui sau găină, de mânzat*), *ficatul proaspăt* (*cu concentraţia cea mai mare de fier şi de vitamine*), *iar mai târziu gălbenuşul de ou proaspăt şi peştele slab* (*şalăul, păstrăvul, ştiuca, codul* etc.). *Trebuie subliniat că fierul este în cantitate mult mai mare în ficat, carne, gălbenuş de ou sau peşte faţă de cel conţinut în*

zarzavaturi şi fructe.

Tot în cadrul diversificării un adaos de fier (*şi alte minerale sau săruri*) *se găseşte în produsele de lapte parţial adaptate, treapta a II-a şi notate cu cifra 2* (*Milumil 2, Humana 2,2* etc.) *sau în „formulele" americane „fortifiate". De asemenea, toate cerealele cu care se face diversificarea din luna a IV-a sunt „îmbogăţite" cu fier.*

c) *La prematuri, dismaturi, gemeni, sugari cu rată de creştere în greutate mai mare se introduc preparate de fier sub forma de picături sau sirop* (*Ferrum Haussmann, Ferronat,* Ferin*sol* etc.) *la 6 – 8 săptămâni.*

d) *La toţi sugarii născuţi la termen cu greutate normală de la 6 luni se recomandă preparate de fier amintite la punctul* c.

Dozele, durata şi modul de administrare sunt fixate de către medic. De amintit că la unii sugari, administrarea de preparate de fier poate determina apariţia de scaune diareice şi/sau colorate în cenuşiu-verzui. În caz de diaree se întrempe tratamentul şi după o anumită perioadă se reia cu doze mai mici. Coloraţia brună a scaunelor este un fenomen normal şi nu se ia vreo măsură.

La copiii mai mari se va asigura o alimentaţie corespunzătoare care să cuprindă carne şi în mod periodic ouă, peşte. Zarzavaturile, fructele şi cerealele „integrale" trebuie să fie prezente zilnic în dieta copilului mai mare.

8.7. Aprecierea dezvoltării neuropsihice la copilul între 0 *şi 3 ani*

În paginile care urmează, vor fi prezentaţi în

mod condensat parametrii de dezvoltare psihomotorie a copilului de la naştere şi până la vârsta de 3 ani. Sunt repere generale. Repetăm, ca de atâtea ori în această carte, că există variaţii individuale, mai mult sau mai puţin importante. Variaţiile pot fi de „întârziere" sau, dimpotrivă, de „precocitate", în practică fiecare copilaş reprezintă un unicat şi nu trebuie comparat cu alţii. Medicul este singurul care decide dacă aceste variaţii, în plus sau minus, constituie motive de îngrijorare.

Nou-născutul (*O-28 zile*)

a) Motricitatea

– *mişcări numeroase, haotice ale unor grupe musculare mai mici sau mai mari;*

– *mişcări ale buzelor şi ale feţei* (*„grimase"*) *care sugerează zâmbetul.*

Motricitatea fină: *mişcări involuntare de apucare; apucă cu 4 degete, fără degetul mare* (*„prindere simiană"*).

b) *Somnul şi veghea sunt egal repartizate ziua şi noaptea. Adunând perioadele scurte de somn se ajunge la 16 – 18 ore/24 ore. Între somnul profund al nou-născutului greu de trezit şi starea de extremă agitaţie care exprimă ceea ce se cheamă „se simte rău", există mai multe stadii intermediare* (*în total 6*). *Somnul este uşor perturbat de foame.*

c) *Organele de simţ. Reacţionează la scutecele umede, la stimuli i tactili* (*luatul în braţe, mângâierea îi linişteşte*) *şi la stimulii puternici luminoşi* (*plasaţi la circa* 20 – 30 cm de ochi*) *puternici şi la zgomote. Mirosul este foarte*

bine dezvoltat; unii nu acceptă să sugă de la altă femeie.

d) Limbajul. Emite sunete nedefinite şi ţipetele sunt primele mijloace de comunicare ale nou-născutului. Sunt normale dacă nu se însoţesc de tulburări ale respiraţiei, de paloare, de cianoză (*învineţire*). *Intonaţia ţipătului este variată şi, foarte curând, mama deosebeşte ţipetele de foame, de durere* (*colici*), *mânie, oboseală. Aceste zgomote sunt primele elemente de limbaj, de experienţa prin care suscită şi obţine un răspuns potrivit din partea anturajului.*

e) Contactul social se face exclusiv prin stimularea pielii sau a mucoaselor. Contactul cu pielea (*luatul în braţe, ţinut în poziţia cangurului*), *de dorit „piele la piele" este suficient pentru a opri plânsul nou-născutului. Nou-născutul simte bruscheţea sau blândeţea gesturilor de îngrijire* (*luatul şi ţinutul în braţe, schimbarea chiloţilor absorbanţi, îmbrăcatul, îmbăierea, cum i se dă să mănânce, cum este culcat în pat* etc.).

Sugarul de 6 lună a) Motricitatea

Culcat pe burtă, decelează bărbia şi ridică capul intermitent pentru cel puţin 3 secunde în mod intermitent şi neregulat. Poate pune capul pe o parte. Se sprijină pe antebraţe plasate la nivelul umerilor şi urechilor. Schiţează târârea. Şoldurile sunt ridicate la 3 – 4 degete.

Susţinut de axile (*subsuoară*). *Ţine capul pe spate* într-o *poziţie intermediară cel puţin 10 secunde* Se sprijină pe ambele tălpi şi „dansează".*

Culcat pe spate. Capul este în poziţie

asimetrică, de cele mai multe ori este întors pe dreapta, cu obrazul drept aşezat pe pat. Când este atras spre poziţia aşezat din cea de culcat, copilul „scăpă" înapoi şi, de aceea, când este ridicat sau ţinut în braţe, capul trebuie sprijinit de mâna adultului. Membrele sunt în „triplă flexie", sugarul având în mod normal un tonus ridicat;

Pumnii. Pumnii sunt strânşi şi nu apucă nimic cu mâinile. Dacă i se pune un obiect în mână, îl ţine strâns şi-l lasă imediat. Reflexul de apucare (*agăţare*) *persistă.*

b) Somnul şi veghea

4 – 5 perioade de somn, aproape egal repartizate. Somnul de noapte are o durată ceva mai lungă. Din cele 24 de ore, 15 sunt de somn.

c) Organe de simţ

Reacţionează la stimuli» optici şi auditivi, începe să urmărească feţele umane şi obiectele strălucitoare (*ochelari, jucărie viu colorată*). *Contemplează mama care-i vorbeşte. Deschide şi închide gura în acelaşi timp cu ea şi clatină capul, încetează să plângă când se apropie mama, simţind-o după miros şi voce.*

d) Limbajul şi contactul social

Emite sunete guturale, nedefinite. Contactul social se face în special prin stimuli cutanaţi. Se liniştеşte când este alăptat sau luat în braţe şi ţinut în poziţia „cangurului", se simte bine în baia caldă, îşi „simte" mama, o cunoaşte şi recunoaşte prin contact corporal (*căldură, miros, mângâiere, voce şi mai târziu prin privire*). *Începe să zâmbească. Plânge cu lacrimi.*

e) Jucării

Mici jucării mobile viu colorate şi care emit o melodie, fixate deasupra patului.

Sugarul de 2 luni (*8 săptămâni*)

a) *Ce face un sugar de 2 luni* (*motricitate generală*)

– Culcat pe burtă, poate ridica capul şi pieptul (*până la mameloane*) *deasupra patului. Planul feţei face un unghi de 45° cu planul patului. Capul nu mai este întors totdeauna pe o parte ca în timpul primelor săptămâni.*

– Culcat pe spate şi ridicat de umeri ţine capul pentru câteva secunde, apoi scapă înapoi dincolo de linia coloanei vertebrale. Triplă flexie a membrelor. Începe să pedaleze.

Ţinut pe şezut pentru o perioadă mai lungă, ţine capul drept în poziţie mediană cu mici clătinări înainte.

– Susţinut de axile, controlează capul mai mult de câteva secunde, se sprijină pe ambele tălpi, intermitent pe vârfuri.

b) *Somnul*

Perioada de somn de noapte se prelungeşte. Durata somnului pe 24 de ore este de circa 14 ore. Stare de veghe predominant în timpul zilei, spre seară.

c) *Organe de simţ*

– Ascultă sunete şi zgomote. Întoarce capul spre persoana care-i vorbeşte.

– Învaţă să urmărească şi să fixeze cu privirea. Culcat pe spate, urmăreşte cu ochii un obiect sau o lumină care se deplasează spre mijloc. Adesea, el nu vede imediat obiectul, ci după un timp de latenţă până îl captează. Unii

„descoperă” mama cu privirea şi petrece din ce în ce mai mult timp privind-o.

d) Contactul social şi limbajul

– *Zâmbeşte ca răspuns la alt surâs*. *La unii acest comportament apare după 3 luni*. *Sugarul zâmbeşte la tot ce se aseamănă cu faţa mamei*. *„Zâmbetul sugarului de 2 luni este un element foarte puternic care îi permite să farmece un adult*. *Este o tactică de supravieţuire eficace pentru mica creatură total dependentă*” (*White*).

– *Realizează că poate atrage atenţia anturajului prin plânsetele sale*. *Ţipetele sunt diferite după cum sunt datorate foamei, oboselii sau durerii*.

– *Este atent la vocile din jur*. *Rămâne nemişcat când aude o voce familiară*.

– *Gângureşte*.

e) Jocurile favorite

– *o plimbare cu căruciorul*

– *o suzetă*

– *o jucărioară viu colorată sau un clopoţel care să se legene*.

Sugarul de 3 luni

Ce face sugarul de 3 luni (motricitate generală)

– *Este vârsta „pedalării”*. *Culcat pe spate el „dă din picioare”*; *întinde şi flectează gambele, le ţine şi le mişcă în aer*.

– *Ţine mâinile în dreptul feţei sale şi le priveşte îndelung*. *Unii îşi „descoperă” şi picioarele, le privesc şi uneori reuşesc să le ducă la gură*.

– *Fiecare braţ şi fiecare mână pot să se mişte*

independent una de cealaltă. Mişcările încep să fie coordonate:

– *privire-apucare-supt*;

– *cuprinde un obiect cu ochii, îl apucă şi-l duce la gură*;

– *întinde mâna spre un obiect strălucitor* (*ochelari, jucărie viu coloratăă*), *doreşte să-l apuce, dar nu-l atinge pentru că nu apreciază distanţa*;

– *prinde păturica şi o duce la gură şi piept până la mameloane*;

– *din culcat pe burtă, ridică capul şi pieptul sprijinindu-se pe antebraţe, fixate în faţă. Planul feţei faţă de pat este de 45 – 90°*;

– *susţinut de axile* (*subsuoară*) *nu se mai sprijină pe tălpi şi nu mai „dansează”*; *a dispărut reflexul de apucare. Mâinile nu mai sunt închise, ci aproape totdeauna deschise*;

– culcat pe spate şi dacă este atras înainte pentru a-l pune în şezut, la mulţi capul mai atârnă puţin dincolo de linia coloanei vertebrale;

– încearcă (unii reuşesc) să se întoarcă pe o parte şi să apuce cu degetele.

b) *Somnul şi veghea* în timpul zilei este activ, iar noaptea are un somn prelungit. Somnul de noapte este de 10 ore (total 13-14 ore/zi).

Somnul de după amiază scade la circa 1V2 ore. 40% din sugari se trezesc dimineaţa la ora 5.

c) *Ce vede*

Reacţionează prin zâmbet când se apropie mama şi uneori la altă persoană.

Culcat pe spate, urmăreşte un obiect sau o persoană şi dincolo de câmpul lui vizual. îşi mişcă şi-şi priveşte degetele minute întregi.

d) *Limbajul şi sociabilitatea*

– Este vârsta "bunei dispoziţii cronice" (White).

– Urmăreşte şi zâmbeşte la orice faţă umană.

– Recunoaşte vizual mama şi-i surâde dacă-i vorbeşte.

– Râde şi-i face plăcere să vocalizeze. Chiuie de bucurie.

– Când vede biberonul, încetează să plângă şi se bucură. Este primul semn de instruire. Anticipează şi ştie ceea ce urmează.

– Apar multe schimbări de comunicare cu mama (râs, emisiuni de sunete, îşi agaţă mâinile şi picioarele).

– îi place să morfolească.

e) *Jucării*

– O jucărioară viu colorată, inele colorate, o oglindă.

Sugarul de 4 luni

a) *Motricitate generală şi fină (ce poate face la 4 luni)*

– Culcat pe burtă sau pe spate, poziţie sime-

– Culcat pe burtă, ridică capul şi umerii la un unghi de 90°. Se sprijină pe antebraţe fixate în faţă, şoldurile sunt ridicate la patru lăţimi de deget.

– încearcă să se întoarcă şi trece din poziţia pe spate în cea pe o parte.

– îşi uneşte mâinile, se joacă cu ele şi le duce la gură ("le gustă"). Mâinile sunt deschise. Dacă i se dă o jucărioară sunătoare, o ţine ceva mai mult,

o agită, o schimbă dintr-o mână în alta.

– Din poziţia culcat, când este apucat de mâini şi ridicat în şezut ţine foarte bine capul şi contribuie şi el la mişcare ţinând strâns degetele adul-

– Poate apuca şi ţine obiectele cu patru degete şi palma, fără police (degetul mare). Bate din

– Ridicat în picioare şi susţinut de subsuoară, se sprijină pe ambele plante.

b) *Somnul şi veghea*

Ca la 3 luni.

c) *Organe de simţ*

– Ascultă vocea umană.

– Recunoaşte obiectele din mediul înconjurător.

– Apucă un obiect, îl cuprinde cu ochii şi-l duce la gură, urmărindu-l cum se deplasează.

– întinde mâna pentru a apuca un obiect, dar mâna depăşeşte intenţia sa. Nu s-a ajuns la coordonare între mişcare şi vedere.

d) *Limbaj şi contact social*

– Este "vârsta fotografului"; sugarul este fericit, zâmbăreţ, este vârsta fotografiilor cu copiii mici pentru publicitate.

– Râde şi chiuie mai ales când anturajul îi surâde sau îl mângâie. Râde în hohote când este gâdilat.

– Se miră când este dus într-o cameră străină.

– Unii reacţionează când li se spune numele, întorcând capul.

e) *Jucării*

Jucării din cauciuc sau plastic, sonore.

Sugarul la 5 luni

a) *Motricitate generală şi fină*

– Stă în şezut cu un uşor suport. Ţine bine

– Atras din poziţia culcat pe spate, ridică şi ţine bine capul, se prinde strâns de mâinile adultului.

– Se întoarce de pe spate pe burtă.

– Culcat pe burtă se sprijină pe braţele în extensie.

– Dacă atinge obiecte, le apucă opunând degetul mare la celelalte degete.

b) *Somnul*

Somnul se diferenţiază vizibil: noaptea doarme, ziua este treaz. Somnul de noapte durează în jur de 10 ore (între 19 şi 5).

c) Organe de simţ

– *Fixează o bilă*.

Dacă dă drumul la o jucărie, o caută cu ochii.

– *Mâinile sunt ghidate de ochi*. *El întinde mâna spre obiectul dorit şi deschide degetele înainte de al atinge anticipând deci apucarea*.

– *Unii surâd la imaginea din oglindă*.

d) Limbaj. Contact social

– *Dimineaţa şi seara se ocupă cu emiterea de sunete*.

– *Îşi doreşte anturaj permanent*. *Plânge când o persoană pleacă de lângă el*.

– *Râde şi emite diferite vocalize*. *Este vesel tot timpul*.

– *Începe să se folosească de contactele fizice*

(*agăţarea mâinilor, pipăit* etc.) *pentru a comunica*.

– *El explorează obiectele cu degetele şi cu gura*.

Sugarul de 6 luni a) Ce face? Motricitate generală şi fină

– *Din culcat pe spate, se rostogoleşte pe burtă şi invers*.

– *Culcat pe burtă, se sprijină pe mâini întinzând braţele pentru a se redresa*.

– *Din poziţia culcat pe spate, ridică capul şi întinde braţele pentru a fi atras spre poziţia aşezat*.

– *Unii se aşază timp de câteva momente fără vreun ajutor dacă sunt plasaţi într-o poziţie potrivită. Încearcă să se aşeze el însuşi. Se poate rota în jurul axului corpului său*.

– *Ţinut în picioare, el se sprijină bine pe gambe*.

– *Culcat pe spate, el îşi poate apuca picioarele şi duce degetele piciorului la gură*.

– *Lasă cubul pe care-l ţine dacă-i se prezintă un altul*.

– *Începe că apuce folosind şi degetul mare. Dexteritatea degetelor este încă redusă*.

– *Susţinut de axile, în picioare se sprijină pe gambe*.

b) Somnul şi veghea

Somnul este scurt în cursul dimineţii şi după amiază (*circa 1 – 1½ ore*). *Are două perioade de veghe distincte* (*după amiază mai prelungită; dimineaţa mai scurtă*).

c) Organele de simţ

– *Deosebeşte biberonul de păpuşă*.

– Surâde şi vocalizează în faţa unei oglinzi.

– Încearcă să prindă o jucărie care ia scăpat.

– Regăseşte un obiect ascuns dacă o parte rămâne – vizibilă.

d) Limbaj şi contact social

– La unii, în timpul plânsului apare consoana „mm”.

– Surâde şi vocalizează în faţa oglinzii.

– Încearcă să reprindă un obiect care ia scăpat.

Sugarul de 7 luni a) Motricitate (Ce face)

– Stă în şezut nesprijinit pentru scurt timp. Dacă se aşază, se înclină înainte, sprijinindu-se pe mâini.

– Culcat pe burtă, se sprijină pe o singură mână.

– Culcat pe spate, ridică capul ca şi când ar încerca să se aşeze.

– Ţopăie când este susţinut de axile şi ţinut în picioare.

– Poate trece o jucărie dintr-o mână în cealaltă cu mai mult sau mai puţin succes.

– Se întoarce cu uşurinţă de pe spate pe burtă.

– Încearcă să prindă jucăria cu o singură mână.

– Duce totul la gură.

– Începe să se târască.

– Dă mult („pedalează”) din picioare.

b) Somnul şi veghea

Perioada de veghe este exclusiv ziua. Somnul de noapte este între 18 (*19*) *şi 6. 30% din sugari se trezesc la ora 5 dimineaţa.*

c) Organele de simţ

– *Priveşte obiecte şi din afara razei lui de apucare*.

– *Sesizează obiectele noi din jurul lui*.

– *Mângâie imaginea sa din oglindă.*

– *Dacă se ascunde una din jucăriile sale sub un fular, el nu o caută*.

d) Limbajul şi contactul social

– *Vorbeşte cu jucăriile*.

– *Se bucură când emite sunete*.

– *Aproape toţi sugarii la această vârstă, când plâng, emit un sunet compus din consoanele „mm”*.

– *Emite sunete polisilabice cu consoană şi vocală* (*da*, *ba*, *ea*).

– *Unii încep să se teamă de străini*.

– Trecerea bruscă de la râs la plâns arată instabilitatea emotivă.

– Caută în mod activ contactul cu familia, atrăgând atenţia prin unele sunete, tuse sau făcând zgomot.

Sugarul de 8 luni a) *Motricitate* (*Ce face*)

– Culcat pe burtă se întoarce în jurul unui ax.

– Se aşază adesea singur şi rămâne aşezat un răstimp mai lung.

– Dacă este susţinut de axile, se sprijină bine pe gambe.

– Ţine strâns un obiect; întinde mâna să apuce.

– „Gustă”, muşcă, mestecă şi priveşte („studiază”) jucăriile.

– Coordonarea ochilor şi mâinilor este completă.

b) *Somnul şi veghea*

– Somn la prânz de 1½ – 2 ore (între orele 13 şi 15). Durata totală de somn este de 12 – 14 ore/24 ore.

c) *Organe de simţ*

– Priveşte îndelung obiectele. Închide ochii dacă un obiect este apropiat de faţa lui.

d) *Limbajul. Contactul social*

– Emite sunete nearticulate şi chiote înalte, începe să asocieze silabe (baba, dada etc.).

– Se joacă dea v-aţi ascunselea organizat.

– Este posibilă, dar nu obligatorie, „teama de străini din luna a 8-a”.

– Reacţionează dacă-i se spune „nu”.

– Instabilitatea emotivă se manifestă prin treceri bruşte de la râs la plâns.

Sugarul de 9 luni a) *Motricitate* (*Ce face*)

– Coordonarea mişcărilor este bună. Stă singur în şezut; se ridică singur. El poate rămâne aşezat 10 minute. Poate să se aplece înainte şi să-şi reia echilibrul.

– Apucă, ridică şi duce tetina la gură.

– Bea singur din biberon.

– El se târăşte în loc de a aluneca aşezat: sugarul stă pe burtă, cu abdomenul lipit de pat, iar capul şi umerii sunt susţinuţi de coate. Corpul este tras înainte prin acţiunea braţelor, în timp ce gambele sunt târâte. Mişcările gambelor seamănă cu ale unui înotător.

– *Unii sugari se deplasează în patru labe de la 9 luni. Corpul este ridicat şi paralel cu solul. Pentru a avansa, sugarul foloseşte mâinile şi genunchii.*

– Unii se ridică pe marginea patului sau pe o mobilă scundă, dar nu reuşesc să se aşeze.

– Dacă este susţinut de axile, se poate ridica şi sprijini în picioare.

*– Unii reuşesc să adune mici obiecte apuc*ându-le *cu degetul mare şi arătător* (*nasturi, sfori, scame* etc.). *Este stadiul apucării cu „pensadeget mare – arătător", moment important în maturaţia motri citătii fine a fiinţei umane.*

– Introduce singur un cub într-o cutie mai mare.

– Dacă li se dă o coajă de pâine sau un biscuit încep se „morfolească".

b) *Somnul şi veghea*

De la această vârstă, ca în luna anterioară.

c) *Văzul*

Apropie două cuburi unul de celălalt ca pentru a le compara.

d) *Limbajul şi contactul social*

– Apariţia primelor cuvinte cu două silabe: *„pa pa".*

– Ţipă pentru a atrage atenţia asupra sa sau dacă este iritat ori stânjenit.

– Îşi recunoaşte numele şi pe al altor persoane din familie.

– Reacţionează corespunzător la unele ordine (*dă, ţine* etc.).

– Vesel în sânul familiei, reţinut faţă de străini.

e) *Jucării şi jocuri*

– O minge din pânză.

– Un animal sau o păpuşă suplă.

– Cuburi colorate.

Sugarul de 10 luni *a*) *Motricitate* (*Ce face*)

– *Se ridică în picioare, ţinându-se de marginile patului*.

– *Se aşază cu uşurinţă pentru un timp nedeterminat*.

– *Nu-i mai place să rămână culcat*.

– *Trece uşor de la o poziţie la alta* (*din aşezat la poziţia pe burtă, se deplasează fie de-a buşilea, fie în patru labe* etc.).

– *Susţinut de axile încearcă să păşească*.

– *Îi face mare plăcere să descopere unele obiecte*: *firimituri, scame, să le apuce cu „pensa police-index" şi să le ducă la gură*.

– Morfoleşte o coajă de pâine şi mănâncă singur un biscuit.

– Începe, în mod voluntar, să scape un obiect.

b) *Limbaj. Contact social*

– În timp ce este în cărucior, urmăreşte uneori ce este în jur.

– Se bucură în sânul grupului familial, dar preferă să fie singur cu o persoană. Atrage atenţia adulţilor asupra persoanei sale.

– Pronunţă unul sau două cuvinte dar „fără adresă".

– Reacţionează la numele său.

– Îi plac jocurile dea v-aţi ascunselea (cucu bău etc.).

– El face „bravo" şi la revedere („pa").

– Începe să aibă preferinţă pentru o anumită jucărie, pe care o mângâie şi o ţine lângă el.

– Începe să înţeleagă sensul lui „nu".

c) *Jucării*

– Cutii, borcănaşe de iaurt, jucării care se

stivu iesc sau se încastrează, rondele de cauciuc sau de plastic.

Sugarul de 11 luni a) *Motricitate* (*Ce face*)

– Se ridică pe marginea patului, adesea păşeşte deplasându-se lateral, dar nu „poate” să se aşeze.

– Ţinându-se de mobilă se deplasează lateral.

– Susţinut de axile sau de rădăcina braţelor păşeşte.

– În poziţie şezândă, se întoarce într-o parte şi în alta pentru a aduna diferite obiecte.

– Ia obiecte de pe masă, le dă drumul cu abilitate.

b) *Somnul şi veghea*

Se trezeşte între orele 5 şi 7 dimineaţa. Somnul de prânz este de 2 – 3 ore. Durata pe 24 de ore este de 12 ore somn.

c) *Limbaj*. *Sociabilitate*

– Pronunţă cuvinte mono şi bisilabice (pa, mama, tata, papa, apa etc.).

– Imită chiar şi în absenţa modelului.

– Limbajul pasiv (prin semne, imitaţii) este în plină desfăşurare. Înţelege şi comunică prin imitaţii, semne, mişcări ale braţului). La mulţi copii, limbajul pasiv rămâne multă vreme unicul mijloc de comunicare. Arată cu privirea sau cu mâna unele obiecte din cameră.

– *Ridică o cuvertură pentru a recupera jucăria care a alunecat dedesubt*.

– *Reacţionează la numele lui şi la interdicţii* (*nu*! *nu*!).

– *Se joacă cu plăcere dea „cucu-bau*”.

– *Este suspicios în mediu necunoscut*.

– *Trece uşor de la râs la plâns*.

Copilul de un an *a*) *Motricitate generală* (*Ce face*)

– *Nevoie permanentă de mişcare*.

– *Merge ţinut de antebraţe* (*până acum de braţe*); *mai rare situaţiile când păşesc ţinuţi de o singură mână*.

– *Cei mai mulţi se ridică şi stau singuri în picioare pentru un răstimp mai mult sau mai puţin lung şi încep să facă câţiva paşi şi avansează de la o mobilă la alta, ţi*nându-se *cu o mână sau atingând un zid*.

– *Din poziţia în picioare el se poate aşeza fără ajutor*.

– *Merge în patru labe ca un urs*.

– *Poate să ţină un creion şi să mâzgălească o foaie*.

– *Se bucură să dea şi să prindă jucării în mână de la un adult*.

– *El poate să adune firimituri de pâine şi să le ducă la gură*.

– *Poate bea cu ceaşca şi să mănânce cu linguriţa dacă este ajutat*.

– *El începe să coopereze din ce în ce mai mult la îmbrăcat*.

– *Dacă a început să meargă, poate şi-i face mare plăcere să ridice şi să aducă şosetele pentru a fi încălţat*.

b) *Limbajul*

– *În afară de „mama” şi „tata” el cunoaşte încă* 4 – 6 *cuvinte monoşi/sau bisilabice*.

– *Limbajul său creşte foarte încet, din momentul în care a învăţat să meargă. Îl*

pasionează numai performanţele fizice (*mişcare, mers, „lupta" cu mobilele*; *scotocirea prin dulapuri şi cotloane*) *şi nu cele intelectuale sau educative*.

– Se supune ordinelor. Înţelege sensul lui „nu".

– Înţelege şi execută mici ordine.

– Este gelos, îi place „societatea", să fie lăudat, să fie mângâiat. Este egocentric şi se interesează numai de el şi de jucăriile lui.

Copilul de un an şi jumătate a) *Motricitate generală fi fină* (*Ce face*)

– Merge bine (*alternează paşii, calcă pe ambele tălpi, bază largă*), *când aleargă, mai cade*.

– Urcă scările, fără ajutor, ţinându-se de balustradă, nu alternează paşii.

– Se urcă pe un scaun, căţărându-se pentru ca apoi să se întoarcă şi să se aşeze.

– Se caţără pe mobile şi scotoceşte peste tot.

– Întoarce mai multe pagini dintr-o carte.

– Poate construi un turn din 3 cuburi, bagă un cub într-un orificiu.

– Duce ceaşca la buze şi bea bine. Dă ceaşca mamei sau o lasă să cadă.

– El poate umple linguriţa cu pireu, dar îi este greu să ducă în gură. Când o apropie de gură, nu mai reuşeşte să o întoarcă, răsturnând conţinutul. Reuşeşte să se folosească de degete pentru a duce din mâncare la gură.

b) *Limbajul*

– Bagaj de 10 – 20 cuvinte. Subliniază cuvintele prin gesturi.

– Reacţionează când i se face „papa".

– *Arată un obiect simplu* (*încălţăminte, balon, păpuşă* etc.).

– *La cerere, el poate atinge nasul său, ochii săi, gura sa*.

– *El execută ordine simple*: *„vino la tata”, „pune asta pe masă”* etc.

c) *Jucăriile*

– *Introduce o jucărie într-o cutie şi o scoate*.

– *Schimbă jucăriile*: *păpuşa, ursuleţul, lingurile, oala*.

– *Se joacă singur*.

– *Perioade scurte de atenţie*.

– *Face un turn din 4 cuburi*.

– *Se joacă cu mingea stând în picioare*.

d) *Perceperea lumii înconjurătoare*

– *Observă activităţile adulţilor, le imită*.

– *Observă de la fereastră maşini, oameni, păsări* etc.

– *Atenţia sa trece rapid de la un obiect la altul. Se deplasează repede şi-şi bagă nasul peste tot, scotocind prin dulapuri şi cotloane. Este un adevărat explorator. Este vârsta periculoasă*: *prize electrice, medicamente de uz casnic, cosmetice, detergenţi, vase cu apă clocotită*.

e) *Contactul social*

– Devine mai tandru cu mama; este „umbra mamei”.

– Rezistă la somn când este pus în pat şi-şi cheamă mama.

– Are accese de furie când este contrariat.

– Îşi suge degetul, acest obicei atinge punctul său culminant, începând înainte de somn şi durând uneori toată noaptea.

Copilul de 2 ani *a*) *Motricitate* (*Ce face*)

– Are un mers mai bun: stabil, regulat, paşii sunt cu amplitudine egală, alternativi.

– Aleargă şi cade rar; în fugă, poate bate un balon de cauciuc.

– Urcă şi coboară scările punând un picior după altul pe fiecare treaptă şi ţinându-se de balustradă sau de zid.

– Întoarce paginile una după alta.

– Întoarce cheia dintr-o uşă şi deschide lacătele.

– Se încalţă şi încearcă să-şi îmbrace şi pantalonii.

– Îşi spală mâinile.

– Bea dintr-o ceaşcă ţinută cu o singură mână.

b) *Limbajul*

– Formează propoziţii cu 3 cuvinte.

– Bagajul de cuvinte: 100 – 200.

– El numeşte 3 obiecte curente.

– Îşi cunoaşte numele şi prenumele.

– Începe să deosebească culorile.

c) *Jocurile*

– Începe să se joace cu mai multă perseverenţă.

– Îi place jocul cu maşini, roţi, obiecte mici de bucătărie din plastic, nisip şi apă.

d) *Percepţia lumii înconjurătoare*

– Se bucură de un obiect în mişcare.

– Regăseşte o poză într-o carte. Identifică trei imagini când i se cere „ce este asta?” şi 5 imagini când i se cere: „unde este?”

e) *Contactul social*

– Afecţiunea pentru mamă devine şi mai manifestă (vizibilă).

– Se joacă aproape de alţi copii, dar singur. Se comportă ca şi cum ceilalţi copii sunt obiecte, pentru a-i strânge în braţe sau de ai respinge. Ar vrea să-şi facă prieteni, dar nu ştie cum să-i apropie.

Este stadiul de „joc paralel”. Nu există interacţiune cu ceilalţi copii chiar dacă au o activitate identică. Singura interacţiune posibilă este de a apuca jucăriile altora, de ai lovi cu piciorul, de ai trage de păr, de ai muşca.

– El nu vrea să „împartă”. Are un simţ prea net de ceea ce este al lui, dar nu conştiinţa a ceea ce este a altuia.

– El foloseşte adesea şi sistematic „nu”, ceea ce îi permite să se opună anturajului.

– Începe să fie curat şi-şi exprimă dorinţă de a folosi oliţa.

– El nu deosebeşte binele de rău.

– El are un „ritual al culcatului”; îi place să se culce cu o jucărie preferată şi îşi exprimă multe pretenţii înainte de a adormi.

Copilul de 2 ani şi jumătate a) Motricitate (Ce face)

– Merge pe vârfurile picioarelor dacă-i se cere.

– Se ţine vertical sprijinit pe un singur picior.

– Poate duce un pahar plin cu apă fără al vărsa.

– Poate lansa un balon mare la 1 sau 2 metri.

– Ţine un creion cu degetele şi poate desena, copiind o linie orizontală sau verticală.

b) Limbajul

– *Bagajul de cuvinte*: *500*.

– *Foloseşte cuvintele pentru a vorbi singur*.

– *Începe să folosească „eu”, „mie”, „tu”*.

Vorbeşte sâsâit.

c) Jocurile

– *Construieşte lucruri simple cu cuburi* (*până la 8*).

– *Se joacă cu mai multe jucării deodată*.

– *Nu-i place să i se întrerupă jocul*.

– *Când i se cere poate să denumească 5 obiecte sau animale*. *Pe ultimele le denumeşte după modul cum se manifestă* (*hamham, miaumiau* etc.).

d) Contactul social

– *Afecţiunea se manifestă cu ceremonialul sărutului*.

– *Agresivitate faţă de străini sau alţi copii*.

– *Demontează sau strică obiectele* (*„vârsta distrugerii”*).

– *Ţine la o anumită ordine şi la ceremoniale*.

– Gelozie pe fraţii mai mici.

– Este vârsta lui „nu” (fază de negativism). Copilul începe să descopere conceptul de „eu” pornind de la comportamentele persoanelor care au o semnificaţie pentru el (mai ales părinţii). El începe să capete conştienţa de el însuşi ca individ şi încearcă să controleze unele aspecte ale comportamentului său cu scopul de a se conforma la exigenţele sociale.

– Foloseşte oliţa, dar nu reuşeşte să se şteaigă.

Copilul de 3 ani *a*) *Motricitatea*

– Urcă şi coboară scara alternând picioarele.

– Poate sta într-un picior.

– Merge cu tricicleta.

– Încearcă să danseze, cu toate că-i lipseşte un oarecare echilibru.

– Toarnă un lichid dintr-un pahar în altul.

– Începe să folosească foarfecă.

– Se îmbracă şi se dezbracă singur dacă este ajutat: la încheierea nasturilor, la diferenţierea spatelui de faţă şi încălţămintei de dreapta, de stânga.

b) *Limbajul*

– Reproduce poezii.

– Relatează situaţii din viaţa lui.

– Cunoaşte sensul pluralului.

– Pune întrebări (vârsta lui „de ce?”).

– Numără până la 10.

c) *Jocurile*

– Recunoaşte lipsa unei părţi dintr-o jucărie.

– Sortează obiectele după formă, mărime, culoare.

– Cunoaşte poziţiile spaţiale: sus, jos, în faţă sau în spate.

– Reproduce construcţia unui pod cu 3 cuburi.

d) *Contactul social*

– Pune neîncetat întrebări.

– Ştie care este sexul său.

– Ştie numele de familie.

– Păstrează ritt & lui de culcare. Poate să se teamă de întuneric şi de animale.

– Este în plină criză de personalitate şi se opune viguros la orice pentru a se afirma.

9

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

Broca de A. – Le development de l'enfant, Edit. Masson, Paris, 2000.

Burkert Annelore – Das Babybuch, Falken, Niedemhausen/Ts, 1996.

Caniola L, Palicari Georgeta, Căpraru Herta, Nanu Rodica – Alimentaţia copilului şi adolescentului, Edit. Medicală, Bucureşti, 1983.

Cărunta F. – Cartea surorii de boli infecţioase, Edit. Medicală, Bucureşti, 1954.

Debray-Ritzen P. – La sexualită infantile, Edit. Fabre-Lausanne, 1982.

Dodson F. – Tout sejoue avant six ans, Edit. Marabout, Paris, 1978. Dumont Thompson Eleanor – Pediatric Nursing, ediţia a V-a *Edit. W.B. Saunders, Philadelphia, 1985.*

Droese W., Stolley Helga – Die Emährung des Kleinkindes und des Schulkindes, Kinderarzt: 7,933 – 939,1978; 8,19491953,1978; 9,1979 – 1985,1978.

Flehming Inge – Normale Entwicklung des Sâuglings und ihre Abweichungen, ediţia a V-a *Edit. Thieme, Stuttgart, 1996.*

Frankenburg K.W., Thornton Susanne – Endwicklung Diagnostik bei. Kinderarzt, Edit. Thieme, Stuttgart, 1991. Hurgoiu Voichâţa – Alimentaţia copilului sănătos şi bolnav, Edit. Medicală, Bucureşti, 1999.

Illingworth S.R. – The Normal Child, ediţia avl-a, Edit. Churchill Livingstone, London, 1977.

tiling S., Spranger S. – Pädiatrie, ediţia a 3-a, Edit. Jungjohann, Nerkarsulm, 1995.

Kendel H.

– Kinderkrankheiten, Edit. Grăfe und unser Verlag, München. 1999.

Klaieger Cornelia – Die richtige Emährung fur ihr Baby. Edit. Urania. Berlin, 1996.

Kiihl G. Şi colab.

– Kinder-Krankenpflege, ediţia a IV-a, Edit. G. Fischer, 1998.

Kurz R., Muntean W.

– Praventive Pädiatrie, Edit. G. Thieme, Stuttgart, 1990.

Mixon Lewis Clara – Nutrition and Nutriţional Therapy în Nursing. Edit. Appleton-Century Crofts/Norwalk, Connecticut, 1994.

Ness-Delaval Barbara – Wenn Kinder Krank werrien. Edit. Falken, Nidemhansen/Ts, 1996.

Ness-Delaval Barbara – Wir Werden Eltem, Edit. Falken, Niedemhausenvâs, 1991.

Rossant Lyonel – Votre enfant, Edit. R. Laffont, Paris, 1987.

Sizonenko G.P., Griscelli Cl.

– Precis de Pediatrie, Edit. Payot, Lausanne, 1996.

Smith J.M., Goodman AI., Lockwood Ramsey N. – Child and Family, ediţia a U-a, Edit. Mc*Graw-Hill Book Comp., New York, 1987.*

Spock B.

– Comment soigner et eduquer V enfant, Edit Paramount Ltege, 1979.

Vasiliu G.

– Sfaturile medicului de copii, Edit Medicală, Bucureşti, 1967.

Wachtel Ursula, Hilgarth Rosemarie – Emährung und Diätetik în Pädiatrie und Jugend medizin, Band 1, Edit. G. Thieme, Stuttgart, 1993.

**** Institutul pentru Ocrotirea Mamei şi Copilului „Alfred Rusescu": Promovarea adaptării prin asistenţa primară. Protocoale în îngrijirea copilului, vol. 1 şi 2. Carnetul meu.*

Wingeler B., Kraemer R.

– Bemer Datenbuch der Pädiatrie, ediţia a V-a *Edit. G. Fischer, Stuttgart, 1999.*

**** Promovarea alăptării prin asistenţa primară, redactat de IOMC, Alfred Rusescu", Edit. Anima, 1998.*

INDEX ALFABETIC

A

Abdomenul 65 Accidente 140,188,204,309 Adolescentul 242 – 262 –, alegerea profesiei 246 –, cunoaşterea 247 –, dezvoltarea morală 247 –, alimentaţia (*sublinieri*) *333 – 336 –, hiperhidroza 252 –, îngrijiri 252 –, ochii 252 obezitatea 248 –, părul 252 –, sânii 253 –, sexualitatea 257 –, sportul 253 Afectivitatea 121,129,131 –, Al 110 – 291 Alergia pielii 304 Alimentaţia –, adolescent 248 –, copil bolnav 273 –, copil mare 201 –, gravida 9 –, lăuză 38,107 –, mamă 107*

– Nou-născut maternitate 32 – 38

– familie 94 – 122 obiecte necesare 110

– prematuri 116 –, preşcolar 212 –, şcolar 212 –, sugar luna a 2-a 123

– a 3-a 135

– a 4-a 142 – a 5-a 147
– a 6-a 157
– a 7-a 164
– a 8-a 168
– a 9-a 172
– a 10-a 175 –,—a 11-a 177 –
– a 12-a 181 Alimente (*grupe*) *22 Amigdalitele acute* (*vezi andina*)
Anemia feriprivă 158,164,169,338 – 339 Anginele 293
Animalele de casă 221 Apa 122,202 Apetitul 202 Apgar (*scorul*) *28*
Aptamil 114,115,125,128,135,143 Apucarea 137,146,166,170,177 Asistenta de familie (*ocrotire*) *33,57 Astmul bronşic 298 Auzul 75,137,146,156,162*
B
Baia 133,156,163,167
– generală 81
– parţială 79
Biberonul 105,111,116,117,120,128,143 Beba 114,115,125,128,135,143,153,168 – Vita 126
Bebelac 115,116,125,126 Boala hemolitică (*n. n.*) *106 Bodys 88,91,92 Boli metabolice 68 Bosa serosanguină 63 Bronşita acută 296 Buza de iepure 106*
e
Caiet de sănătate (*copilului*) *53 Camera copilului 45 – 48*
– aerisirea 46
– coşul 47
– curăţenia 46
– masa de înfăşat 48,57

– *mobilierul 47*
– *pardoseala 45*
– *patul 47,56*
– *perdelele 45*
– *pereţii 45*
– *prizele electrice 45*
– *sistemul de încălzire 46*
– *temperatura 46 Capul 133*
Carne 151,158,164 Căruciorul 48 Carii dentare 158 Căscatul 70 Cefalhematomul 63 Celuloza 169 Cereale 127,147,202
– *Nestte 127 Chiloţii 132 Ciocolata 202 Circumcizia 66 Cântarul 48*
Comportamentul 70,170,174,197 Clavicula (*fractură*) *65 Colicele abdominale 76 Conjunctivita 64 Concepţia 20 Constipaţia 138*
Consultul medical 146,183,204
Contactul social 74,77,137,156,161,166,170
Controlul sfincterelor 205 Convulsiile 308 Copilul bolnav 263
– *rolul părinţilor 263*
– *febra 273*
– *pielea 264*
– *regimul alimentar 273 – mic* (*1 – 3 ani*) *191 – 207*
– *accidente 204 – alimentaţia 201*
– *apetitul 202*
– *asistenţa medicală 204*
– *dezvoltarea psihomotorie 191*
– *greutatea 191 – înălţimea 191*
– *intoxicaţii 204 – limbajul 191*
– *percepţia 201*
– *preşcolar* (*3 – 6 ani*) *207 – 223 – alimentaţia*

212
– animalele de casă 221
– comportamentul 210
– greutatea 207
– Îngrijiri 215
–.jocul 218
– limbajul 209
– motricitatea 208
– perimetrul toracic 207
– somnul 214
– sportul 214 Conjunctivita 64 Cordonul ombilical 29 Craniul 61
– fontanelele 62 hidrocefalia 63. microcefalia 63 Cremele 79 Creşa 55,205 Creşterea 327 Criza genitală 31 Cruste seboreice 278
D
Degetele (*malformaţii*) *67 Dezvoltarea neuropsihică 339 – 346 Dezvoltarea somatică* (*corporală*) *327 – 333 Dentiţia 159 Diareea 106*
– acută 288
Dificultăţi de adaptare din partea mamei 102 – 1CM
calitatea laptelui 104
crăpăturile 103
durerile sânilor 104
hipergalactia 104
– Nodulii 103
umflarea sânilor 103,104
sugarului 104 – 106
boala hemolitică 106
diareea 106
Dificultăţi de adaptare din partea mamei, dinţii 64

malformaţiile gurii 106
regurgitaţiile 105
refuzul de a suge 105
vărsăturile 105
Dismaturul 27,28
Diversificarea alimentaţiei 144,148.334 Dulciuri 181,202
E „7
Ectopia testiculară 65
Epiziotomia 39
Eritemul fesier 84
Examene preventive 321
Examenul medical 57,69,146,183,204
F”.
Faţa 63,129 Febra 31,273 Fierul 122 Fenilcetonuria 68 Fimoza 66
Finkelstein (*formula*) *119 Fluoral 122 Foliculita 302 Fontanelele 62*
Formule de lapte 114,115,116 Frişca 202 Fructe 168,202 Furunculele 303
G
Gânguritul 130 Gâtul 28,64 Geamătul 70 Gimnastica sugarului 183 Gravida 7 –, alimentaţia 9 –.ameţeli 1?
– arsurile la stomac 16 –, cârceii 17
– comportamentul sexual 14 –, constipaţia 13 –, durerile de şale 17 –, factorii de mediu 17 –, gestoze 17 –, greţurile 13 –, hemoragiile 16 –.îmbrăcămintea 16 –, igiena organelor genitale 14 –, indicaţii generale 18 –, infecţiile pielii 14 –, îngrijirea corpului 14 –
– dinţilor 15
Gravida, medicamente 17 mijloace de

transport 16 micţiunile frecvente 17 modul de viaţă 7 salivaţia excesivă 13 sânii 17
sarea de bucătărie 12 semne de alarmă 17 sfatul genetic 8 subalimentaţia 13 sportul şi călătoriile 16 umflarea picioarelor 17 varicele 17 vărsăturile 13 vergeturile 15 –, vitamina D 13 Greutatea 333 Gura 64,82,155
– de lup 100 Gustul 76 Guşa 12
H
Hepatitele virale 283 Hernia ombilicală 65,133 Herniile inghinale 65 Hidrocefalia 63 Hidrocelul 65 Hippproduse 157,168 Hiperhidroza 252 Humana 115,125,128,135
Icterul fiziologic 30 Imperforaţia canalului lacrimal 64,75 Impetigo 303 Intoxicaţia prin nitriţi 69 Intoxicaţii 309
Intradermoreacţia la tuberculină 286 Iodul 12
Iritabilitatea generală 70 /
Îmbrăcămintea sugarului 48
– bodys 56,88,91,92
– bonete 49,57
– cămăşuţe 49
– pampers 61,67,78,81,84,86,87,88,89,91,92,93,132,200
– pătura 56
Îmbrăcămintea sugarului, sacul de dormit 57
– scutece 48,56 îmbrăcarea 92,142 înfăşatul 56,85,89,147 înţărcarea 142,178 înţepăturile veninoase
J
Jocul 134,162,186,218.
Jucăriile 140,162

L

Lacrimile 75 Lapte cu cereale 126 Laptele de mamă 32 – vacă 113,117,127,143,158

– fără lactoză 116 –, fierbere 110

– formule 114,115,116

– praf degresat 117 – integral 117 Laringita acută 295 Lăpturi de început 143 Lehuzia 38

– alăptarea după cezariană 38 –

– gemenilor 37 –, alimentaţia 38,107 –, gimnastică 43 –, îngrijirea sânilor 35 –.îngrijiri 42

– măsuri anticoncepţionale 43 –, modificările corpului 39 Limba 64,161

Limbajul 74,130,137,146,155,166,182,199 Lungimea 59,129,136,154 Luxaţia congenitală de şold 66

M

Masa de înfăşat 48,57 Mameloane copil 31 Materiile fecale (*vezi Scaunele*)

Medicul de familie 320

Membrele 66

Menstruaţia 136

Microcefalia 132

– microunde 158

– mierea 202

Milubrei 125,126

Milumil 1.114,115,116,125,143

– 2.22,115,135,148,153,164,168 Mirosul 76

Mixoedemul congenital 68 Mixturile 79

Moartea subită 119.128

Morinaga 115,116,125,135,143

Motricitatea 129,136,145,154,159,165,169,173,174

MilupaHN 25 – 116

Muguetul 31,61
N
Nan 114,115,125,135,143,148 Nasul 28,76,82 Naşterea 20 – 22
Nou-născutul (*în maternitate*) *20 – 37,321*
adaptare 28
alimentaţia 32
capul 23
căile respiratorii 29
cântărire 23,30
cordonul ombilical 28,29
criza genitală 31
descuamarea 31
dismaturul 27
eritemul alergic 31
factori de risc 27
febra de sete 31
identificare 30
Îngrijiri – sala de naştere 28
mameloane 31
măsurare 23
meconiul 32
nasul 28
ochii 28
pielea 28,30
prematur 25
sângerări şi secreţii genitale 31
scaune 32
scorul Apgar 29
scăderea fiziologică 30
testiculele 30
unghiile 23
– (*în familie*) *45 – 122,321*

alimentaţia artificială 110
– Naturală 95
baia generală 81
boli metabolice 68
bosa serosanguină 63
camera copilului 49
cosmeticele 78
cefalhematomul 63
craniul 61
dezvoltarea fizică 58
– psihomotorie 71
examenul medical 57
faţa 63
gâtul 63
greutatea 58
gura 64
lungimea 58
Nou-născutul (în maternitate), luxaţia congenitală de şold 66
medicul de familie 57,320
organele genitale 65
perimetre 59
pielea 59
scutecele 85,89,93
toracele 65
Nutricare 115,116,125,135,143 Nutrilon premium 115,116,153,164,168 Nutrilon plus 115,116,125,128,143,148
o
Obezitatea 305 Obiecte pentru baie 77
– Îngrijire 78
Ochii 28,29,64,82,129,159
Oliţa 179,205

Ombilicul 29,65
Oreionul 281
Otitele 295
Oul 151,164,168,202
P
Pampers
61,67,78,81,84,86,87,88,89,91,92,93,132
Panariţiul 61 Paralizia facială 64
– plexului brahial 67 Patul copilului 47,56
Părul 28,84 Perimetrul cranian 328 Peşte 158,178
Pete albe pe gingii 61 Picioare în „O” 178
Piciorul strâmb 67 Pielea (*boli*) *302 –, nou-născut*
59 Plânsul 69 Pojarul (*vezi Rujeola*)
Prematurul 25,116 Premergătorul 163 Prizele
electrice 45 Preşcolarul (*Vezi copilul preşcolar*)
R
Rahitismul 121,128,136,336 – 338 Raţia
alimentară 101,110,119,127 Răceala 291 Reflexe
72
Reanimarea cardio-respiratorie 143 Reţete
223 – 240 Rinofaringita acută 292 Rujeola 275
s
Sacul de dormit 57,93 Salteaua 92
Sarcina 7 – 20 (*vezi Gravida*)
– depăşită 60 investigaţii 9 teste de depistare
9
Sarea 181
Sângerarea nazală 315
Scaune 32,60,89,104,132,138,156,168,171
Scăderea fiziologică 30 Scoaterea la aer 89 Sfatul
genetic 7,8
Similac 89,114,115,116,125,143,148,153,168
Simţul tactil (*pipăitul*) *76*

Somnul 56,69,132,138,147,163,167,176,179,214
Sportul 219
Sterogyl 121,128
Stomatita albicantă (*vezi Muguetul*)
Sucurile 136,142,145,157 Sudamina 60 Sughiţul 71 Supa de morcovi 226 Sugarul 1 – 2 luni 123,322
afectivitatea 129
alimentaţia 123
faţa 129
foamea 131
greutatea 128
Îmbrăcămintea 132
limbajul 129
lungimea 129
motricitatea 129
ochii 129
ombilicul (*hernia*) *132*
percepţia 131
scaunele 132
setea 131
somnul 132
suptul degetului 133
temperatura camerei 132
– ţipetele 129
veghea 132
zâmbetul 131
– 2 – 3 luni 135
accidente 140
alimentaţia 135
boli infecţioase 139
contactu 1 social 137

greutatea 136
ochii 137
limbajul 137
lungimea 136
menstruaţia mamei 136
motricitatea 136
părul 139
Sugarul 2 – 3 luni, strabismul 139
suptul degetului 140
suzeta 141
văzul 137
– 3 – 4 luni *142,322*
alimentaţia 142
apucarea 146
auzul 146
contactul social 146
dezvoltarea motorie 145
greutatea 145
Înfăşatul 147
limbajul 146
lungimea 145
sucurile de fructe 145
somnul 147
vederea 146
– 4 – 5 luni alimentaţia 147
auzul 156
baia 156
contactul social 156
greutatea 154
gura 155
igiena în bucătărie 152
limbajul 155
lungimea 154

materiile fecale 156
urina 156
vaccinările 156
– 5 – 6 luni *157,322*
alimentaţia 157
anemia 158
auzul 162
baia 163
dentiţia 158,159
greutatea 159
jucăriile 162
motricitatea 159
ochii 159
premergătoru 1.163
somnul 163
vederea 162
vitaminele 158
– 6 – 7 luni alimentaţia 164
apucarea 166
baia 167
contactul social 166
greutatea 165
limbajul 166
motricitatea 165
somnul 167
vederea 167
– 7 – 8 luni alimentaţia 168
apucarea 170
auzul 171
scaunele 138
Sugarul 7 – 8 luni, comportamentul emoţional 170
contactul social 170

greutatea 169
Încălţămintea 172
legănatul 172
limbajul 170
lungimea 169
motricitatea 169
perimetrul cranian 169
scaunele 168
somnul 172
– 8 – 9 luni alimentiţia 172
comportamentul 174
contactul social 174
greutatea 173
lungimea 173
motricitatea 173
somnul 174
vaccinările 174
vitamina D 174
– 9 – 10 luni *174*
alimentaţia 175
dezvoltarea psihomotorie 176
oliţa 179
picioare în „O” 176
somnul 176
– 10 – 11 luni alimentaţia 177
apucarea 177
Încălţămintea 180
limbajul 179
somnul 179
– 11 – 12 luni alimentaţia 181
consultul medical 183
dezvoltarea 181
dentiţia 181

Supa de morcovi 226 Suptul degetului 95,133,140 Suzeta 141

Ş

Şcolarul mic, adolescent 237 – 263 alimentaţia 239,240,248 –, condiţii de lucru 241 –, dificultăţi şcolare 241 –, dezvoltarea fizică 237,239,240,244 –

– normală 247 –

– funcţiei de cunoaştere 244 –

– socio-emoţională 238

– Ghid pentru părinţi 238 îngrijiri 252

– prevenirea accidentelor 239 –, profesie (alegere) 246 –, sexualitatea 257. sporturile 257

T

Teama de persoane străine 170 Tetina 112 Torticolis 65 Tremurăturile bărbiei 70 Tresăririle 70 Turgorul 59,60 Tusea convulsivă 280 Talia 333

T

Ţarcul 163 Ţipătul 28,70,130

u

Urechile 75,82 Unghiile 84

V

Vaccinările 38,139,156,286,324 – 327 Vaccinul antirujeolic 326

– Împotriva difteriei, tetanusului şi tusei convulsive (DTP) 325

– hepatitei B 327

– Haemophilus influenzae tip b 326

– tuberculozei (BCG) 324

Vaccinarea împotriva poliomielitei (AP) 326 Varicela 277 Vărsăturile 105 Văzul 75,137,146,156,162 Vegetaţiile adenoide 294 Vigantol 121,128.337 Vitamina C 122 D

13,38,121,128,136,158

z

Zahărul 113,153 Zarzavaturile 153 Zăbăluţa 303 Zepter, vase 158 Zâmbetul 131 Zymafluor 158